

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**PROMOÇÃO DA MOBILIDADE:INTERVENÇÃO  
EDUCACIONAL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO  
AOS FAMILIARES CUIDADORES DA PESSOA COM  
AVC, COMO SUPORTE PARA A ALTA HOSPITALAR**

**Carmen Susana Alves Borralho**

**2013**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**PROMOÇÃO DA MOBILIDADE:INTERVENÇÃO  
EDUCACIONAL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO  
AOS FAMILIARES CUIDADORES DA PESSOA COM  
AVC, COMO SUPORTE PARA A ALTA HOSPITALAR**

**Carmen Susana Alves Borralho**

**Professor orientador:**

**Vanda Marques Pinto**

**2013**



*“All nurses can save lives, Rehab  
nurses save the Quality of life”*

Laura Solkowitz, n.d.

## **AGRADECIMENTOS**

As suas palavras são de reconhecimento a todas as pessoas que de alguma forma apoiaram a realização deste trabalho e contribuíram para o seu sucesso. Enaltece especial apreço, às pessoas que se encontravam em processo transicional saúde-doença e seus familiares cuidadores, aos quais prestou cuidados, todos eles heróis anónimos, por partilharem consigo momentos de vulnerabilidade, angústia e pequenos grandes êxitos alcançados.

Expressos os seus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar à Professora Doutora Vanda Marques Pinto, pela sua competência pedagógica, disponibilidade e estímulo constantes neste percurso académico.

Às suas colegas de curso, pelos momentos de partilha ao longo desta caminhada lado a lado, pelas gargalhadas e lágrimas, pelo incentivo e amizade.

Às instituições, palco dos ensinamentos clínicos realizados, pela efectiva colaboração demonstrada e a todos os enfermeiros dos distintos contextos de cuidados, que contribuíram para o seu crescimento pessoal e profissional, com a sua experiência e dedicação, salientando os Enfermeiros supervisores, Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, C.A., I.S., J.M.Z., testemunhas do seu empenho, esforço e dedicação. O seu incentivo e partilha de saberes, foi de facto crucial para a aquisição de competências na área da Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Aos seus pais e aos seus sogros pelo amor e apoio incondicional ao longo deste percurso e ao longo da Vida.

Ao seu marido Nuno, por tudo! Pelos momentos ausentes, mesmo estando presente e por todo o amor, carinho, compreensão e incentivo com que a brindou nesta caminhada. Sem o seu apoio, dificilmente teria conseguido.

Por último, à pessoa mais importante da sua vida: o seu filho Santiago, de catorze meses, por todo o tempo que não lhe dedicou..., espectador de todo um percurso, por vezes bastante penoso, mas inesquecível...



## **SIGLAS**

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**APA** - *American Psychological Association*

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**AVD's** - Actividades de Vida Diária

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** - Direcção Geral de Saúde

**EC** - Ensino clínico

**EC CI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEER** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ESEL** - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**GIRO** - Grupo de Intervenção de Reabilitação Operacional

**ICN** - *International Council of Nurses*

**IPSS** - Instituições Particulares de Solidariedade Social

**MIF** - Medida de Independência Funcional

**NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association

**NC** - Neurocirurgia

**NIHSS** - *National Institute of Health Stroke Scale*

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RFR** - Reeducação Funcional Respiratória

**RFSM** - Reeducação Funcional Sensório Motora

**SAPE** - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**UAVC** - Unidade de AVC

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

**UMRNCCI** - Unidade Missão Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## **RESUMO**

O impacto que o AVC tem na sociedade actual, associado às alterações das curvas de transição epidemiológica e demográfica, a par da precocidade das altas hospitalares, determina o incremento dos cuidados de saúde domiciliários, onde os familiares cuidadores se assumem como os protagonistas.

Após a ocorrência de um evento súbito como o AVC, as pessoas veem-se forçadas a alterar o seu papel no seio familiar, profissional e social, sendo a hemiplegia ou hemiparesia, de acordo com a literatura, a alteração mais manifesta do AVC. Pessoas, até então independentes no desenvolvimento das suas actividades de vida, tornam-se parciais ou totalmente dependentes de terceiros, sem período de adaptação a essa condição, o que se repercute na alteração da sua dinâmica familiar.

Desta feita, a educação para a saúde, sendo uma intervenção autónoma da profissão de enfermagem, reveste-se de particular importância para a qualidade de vida da pessoa com AVC e respectiva família, tendo constituído o foco de interesse e motivação da discente durante o desenvolvimento de competências de EEER no decorrer do percurso académico efectuado.

A plena reintegração da pessoa com AVC, o grande objectivo dos EEER, não acontece de forma indissociável da família, logo, foi tido em consideração o envolvimento precoce da família no processo de cuidados com vista à produção de conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores das transições doença / saúde, uma vez que a mesma é tão importante quanto a pessoa doente em determinar resultados positivos durante o processo de reabilitação. Cuidar de quem cuida é também responsabilidade dos EEER.

Constatou-se que em contexto domiciliário, as pessoas não receberam preparação prévia para a transição vivenciada e não se sentiam aptas para a assunção do papel de cuidador. Em contexto de internamento, a educação para a saúde, desde que planeada em tempo útil, organizada e com objectivos mensuráveis revelou-se extremamente importante na promoção da mobilidade da pessoa com AVC e na capacitação dos familiares cuidadores para prestar cuidados de qualidade, com vista à garantia da continuidade dos cuidados de saúde e à diminuição das dificuldades com que se deparam no regresso ao seu contexto de vida. Nestes moldes, as pessoas, quando regressavam a casa, evidenciavam indicadores de vivência saudável dessa transição.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Educação para a saúde; Actividades de Vida Diária; Familiar cuidador.

## **ABSTRACT**

The impact that stroke has on today's society, associated with the changes of the transitional epidemiological and demographic curves, alongside premature hospital discharges, determines an increase of home-based care, where the family caretakers assume themselves as protagonists.

After the occurrence of a sudden event such as a stroke, people find themselves forced to change their role within their families, professionally and socially, with hemiplegia or hemiparesis, according to the books, being the most obvious post stroke changes. Persons, until then independent on the development of their activities become partially or totally dependent on others, not having time to adjust to their new condition, which will have an adverse effect within their family dynamics.

In this occasion, health education, being an autonomous intervention of the nursing profession, is of great importance to the life quality for those that had suffered from a stroke and their families, having been the attention and motivational focus for the students on the EEER competency development during the academic period.

The full reintegration of those with a stroke, EEER's main objective, does not happen without the family's help and, therefore, the early involvement of the family in the care process, with a view to the production of knowledge, strategies and resources that will facilitate the transition between illness and healthiness, since those are as important as the positive results during the rehabilitation process for those who are ill. Providing care for the caretakers is also a responsibility of the EEER.

It was found that, in the domiciliary context, people that have not received prior preparation for the transition between illness and healthiness, did not feel prepared to assume the role as a caretaker. In the context of hospitalization, health education, if provided in a timely manner, organized and with measurable objectives proved to be extremely important in promoting the mobility of those with a stroke and the training of the family caretakers to provide quality care, with a view to ensure continuous health care and to diminish the difficulties faced when returning to their life context. Within this model, when returning home, people, experienced healthy indications of this transition.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Stroke; Health Education; Activities of Daily Living; Family caregiver.

## **ÍNDICE**

INTRODUÇÃO.....	11
1. O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA VIDA DA PESSOA .....	20
1.1 – As repercussões do acidente vascular cerebral na mobilidade .....	22
1.2 – Principais dificuldades dos familiares cuidadores na continuidade dos cuidados .....	27
1.3 – Promoção da mobilidade na pessoa com AVC – Intervenção do EEER junto do familiar cuidador .....	29
1.4 – A transição para o exercício do papel de cuidador.....	32
2. DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS NO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEER .....	33
2.1 – A organização e dinâmica dos serviços: elementos essenciais na qualidade dos cuidados .....	37
2.2 – A confiança como característica imprescindível na relação com a pessoa doente e família.....	47
2.3 – Identificação das necessidades da pessoa doente e seu familiar cuidador como condição fundamental no cuidar .....	51
2.4 – Planeamento como garantia dos cuidados centrados na pessoa doente .....	59
2.5 – Interdisciplinaridade como condição para o sucesso do plano terapêutico.....	67
2.6 – Intervenção educacional: um instrumento para a aquisição de conhecimentos e garantia de continuidade dos cuidados após alta hospitalar .....	71
3. PROCESSO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: UMA COMPLEMENTARIDADE NA COMPREENSÃO DA PESSOA COM AVC .....	75
4. UM PERCURSO INESQUECÍVEL: REFLEXÃO FINAL .....	76
BIBLIOGRAFIA.....	81

## **ANEXOS**

Anexo I - Documento Orientador do Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL

Anexo II - Instrumento de recolha de dados utilizado durante a consulta telefónica (*follow - up*)

## **APÊNDICES**

Apêndice I - Objectivos pessoais formulados no projecto de estágio desenhado no 2.º semestre.

Apêndice II - Contexto demográfico português, segundo dados da PORDATA

Apêndice III - Cronograma do Ensino Clínico

Apêndice IV - A teoria da transição de AfAf Meleis

Apêndice V a) - Registos de Aprendizagem dos diferentes contextos do Ensino Clínico 1

Apêndice V a) - Anexo I - Contributos de evidência científica para o serviço de NC

Apêndice V a) - Apêndice I - Plano de cuidados especializados de reabilitação para a doente T. S. S. M.

Apêndice V a) - Apêndice II - Plano de cuidados especializados de reabilitação para a doente M. C. F. F.

Apêndice V b) - Registos de Aprendizagem dos diferentes contextos do Ensino Clínico 2

Apêndice V b) - Apêndice I - Plano de cuidados especializados de reabilitação para o doente J. D. B.

Apêndice V c) - Registos de Aprendizagem dos diferentes contextos do Ensino Clínico 3

Apêndice V c) - Anexo I - Escala do *National Institute of Health* (NIHSS)

Apêndice V c) - Apêndice I - Plano de cuidados especializados de reabilitação para o doente M. C.

Apêndice V c) - Apêndice II - Formação apresentada no SEM, intitulada, a Paralisia Facial e a pessoa com AVC

Apêndice V c) - Apêndice III - Plano de sessão sobre a formação intitulada, a Paralisia Facial e a pessoa com AVC

Apêndice V c) - Apêndice IV - Poster e folheto informativo sobre o tema - Paralisia Facial

Apêndice V c) - Apêndice V - Apresentação do trabalho intitulado - Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com AVC, exposto na Conferência

Apêndice VI - Guiões das entrevistas realizadas nos diferentes módulos do Ensino Clínico na fase pré praxis

Apêndice VII - Caracterização da ECCI onde decorreu o Ensino Clínico

Apêndice VIII - Breve apresentação da RNCCI

Apêndice IX - Caracterização do Serviço de Neurologia/UAVC onde decorreu o ensino clínico

Apêndice X - Guião de entrevista aos familiares cuidadores das pessoas com AVC em contexto domiciliário

Apêndice XI - Exercício no âmbito da reeducação da motricidade fina

Apêndice XII - Busto de treino de AVD - vestir/despir

Apêndice XIII - Treino de AVD - alimentação, com talher de cabo grosso improvisado

Apêndice XIV - Actividades realizadas no âmbito da aquisição de competências pedagógicas em áreas de relevância para a especialidade de enfermagem de reabilitação

Apêndice XIV - Anexo I - Divulgação prévia da Conferência

Apêndice XIV - Anexo II - Certificado de Conferência prelectada

Apêndice XIV - Anexo III - Modelo de avaliação da Conferência

Apêndice XIV - Anexo IV - Certificado de presença na Conferência no âmbito da RFR

Apêndice XIV - Apêndice I - Apresentação em Power Point da Acção de Formação -  
Posicionamento da pessoa com AVC

Apêndice XIV - Apêndice II - Programa da Acção de Formação - Posicionamento da pessoa  
com AVC

Apêndice XV - Actividades domésticas do contexto de vida das pessoas com AVC,  
passíveis de funcionarem como processo de reabilitação

## **INTRODUÇÃO**

O presente Relatório de Estágio emerge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, inserida no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), como o culminar de todo um percurso de aprendizagem efectuado ao longo de dezoito semanas de ensino clínico (EC).

Para além de uma formalidade académica, trata-se também, de uma reflexão escrita acerca da aquisição, mobilização e descrição de competências e actividades desenvolvidas a nível técnico, científico e relacional que aquela prática proporcionou, e que considera fundamentais e relevantes no desenvolvimento de competências imprescindíveis no âmbito de cuidados diferenciados, que caracterizam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

De acordo com Benner (2001) e Phaneuf (2005), o processo de especialização deve-se não só a um longo período de aprendizagem, mas também na sequência de um extenso e contínuo período de experimentação, acumulando experiências, tendo em conta a aprendizagem ao longo da vida.

Teve também por base, as orientações previstas no Documento Orientador do Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL (Anexo I), bem como nos objectivos pessoais formulados no projecto de estágio desenhado no 2.º semestre (Apêndice I).

Ao redigir este relatório considera que o mesmo pode ser tido como registo de memórias, actos, sentimentos e questões éticas, vivenciados durante a prática do EC, o que certamente condicionará condutas ou procedimentos que visem um maior valor cuidativo, enquanto EEER, no futuro.

Benner refere que “é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a “experiência”, e que o conhecimento clínico - mistura entre os conhecimentos práticos simples e os (...) teóricos brutos - se desenvolve” (2001, p.37), pelo que as experiências concretas decorridas em EC geram as percepções e os actos de perito, permitindo ao profissional apreender as situações, adquirindo assim novos saberes e competências. Neste contexto, é seu propósito, com a elaboração deste relatório, dar a conhecer as competências específicas que se referem à actuação do EEER adquiridas ao longo do percurso efectuado, elencando



saberes teórico-práticos em contexto da prática, tendo sempre como foco central a compreensão da problemática da promoção da mobilidade: intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com Acidente Vascular Cerebral, doravante designado por AVC, como suporte para a alta hospitalar.

De acordo com a perspectiva de Simões & Grilo (2012) o regresso a casa é uma realidade que pressupõe o processo de reabilitação como contínuo, no qual o planeamento das necessidades da pessoa com AVC tem o seu início o mais cedo possível, num contexto de internamento, por forma a facilitar a sua integração no seio da família e comunidade, assegurando a continuidade dos cuidados. O processo de reabilitação implica, para as mesmas autoras, um conjunto de intervenientes, como seja a pessoa doente, a família, o familiar cuidador e os profissionais, em articulação, para que o regresso a casa seja harmonioso.

Considerando todo o contexto demográfico (Apêndice II), social e económico em que vivemos, a consciencialização da importância do envolvimento da família no cuidar dos seus é imperativa, assim como a valorização do papel dos cuidadores informais<sup>1</sup> tem de o ser. Embora seja claro, que é entre a população idosa que se verifica a maior prevalência de situações geradoras de dependência, a médio e a longo prazo, esta ocorre em todas as faixas etárias. Nos mais jovens surge, normalmente, associada a situações de deficiência congénita ou adquirida (onde se destaca o AVC), enquanto nos idosos surge associada a essas situações, mas também como consequência do processo gradual de envelhecimento (Nogueira, 2009). Assim, juntamente com o ímpeto economicista para a precocidade das altas hospitalares, esta alteração das curvas de transição epidemiológica e demográfica determina o incremento da importância dos cuidados de saúde prestados em contexto domiciliário.

Há cerca de uma década que as interações doença/família têm vindo a ser observadas nos hospitais, permitindo uma percepção mais integral dos cuidados. A presença dos familiares é entendida como um factor de humanização das instituições e parte integrante da componente assistencial, sendo desta forma declarada um direito da pessoa doente (DGS, 2000). Este abrir de portas permite que a família se mantenha próxima em situações transicionais do seu ciclo de vida, como o nascimento, a morte e a

---

<sup>1</sup> O termo cuidador informal refere-se a toda a pessoa que assume como função a assistência a uma outra pessoa que, por razões tipologicamente diferenciadas, apresenta uma incapacidade, de grau variável, que não lhe permite cumprir, sem ajuda de outro(s), todos os actos necessários à sua existência enquanto ser humano (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007). O papel de cuidador informal é assumido por parte de membros da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas na prestação de cuidados. O cuidador informal, por definição, não é remunerado economicamente pelo acto de cuidar (Petronilho, 2007; Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). Trata-se, assim, de uma relação não institucional, na medida em que pressupõe a inexistência de uma estrutura contratual, fundando-se em relações pré-existentes entre os dois vértices da relação.

doença. A enfermagem assume assim, o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde (Wright & Leahey, 2005), reconhecendo que da tríade enfermeiro/pessoa doente/família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos que permitem a ocorrência de transições positivas.

A formação especializada contribui para que os EEER adotem eficazmente a perspectiva sistémica do cuidado, considerando a pessoa doente, a família e o ambiente, partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão. A capacitação<sup>2</sup> para o cuidado constitui uma área de excelência do trabalho destes profissionais, com ganhos em saúde bem visíveis no que respeita a promoção da autonomia, ao planeamento das altas, à continuidade de cuidados e à plena reintegração nos contextos vivenciais (Regulamento n.º 125/2011).

O AVC é a primeira causa de morte e a principal causa de incapacidade em Portugal segundo a DGS (2010), sendo por isso a principal consequência para a pessoa com AVC necessitar de ajuda de terceiros (Azeredo & Matos, 2003; Falcão, et al, 2004; Perlini & Faro, 2005; American Heart Association, 2008; Araújo, Paúl & Martins, 2009; Carvalhido & Pontes, 2009).

De acordo com este facto, Martins (2006, p. 7) afirma que “em geral, precede do seio da família a pessoa que tende a assegurar os cuidados que o doente necessita.”

O início abrupto e inesperado de um AVC impossibilita qualquer preparação prévia do familiar cuidador (psicológica, assimilação de conhecimentos e o seu envolvimento gradual nos cuidados). Desta feita, parece-nos que o papel educativo do EEER, ao possuir um nível mais profundo de conhecimentos específicos e habilidades relativamente ao enfermeiro generalista, rodeia-se de grande complexidade, e quando realizado com sucesso e integrado no seio de uma equipa multidisciplinar<sup>3</sup>, terá a capacidade de prevenir

<sup>2</sup> Entenda-se pela palavra capacitar, segundo o dicionário da Língua Portuguesa, o acto de habilitar, tornar ou tornar-se capaz, acreditar ou fazer acreditar (2011). No contexto do trabalho académico em questão, o objectivo dos cuidados de enfermagem deverá ser o de habilitar as pessoas, de forma a criar oportunidades para que se sintam mais competentes, independentes e auto-confiantes em relação às suas capacidades, para irem de encontro às necessidades com que se deparam após a ocorrência de um evento súbito, como o AVC. A OE corrobora esta afirmação quando refere que “a capacitação significa actuar em parceria com indivíduos ou grupos pra obter o seu empoderamento para a saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afectam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde” (2011, p.13).

<sup>3</sup> Para Hesbeen (2003), uma equipa multidisciplinar designa um grupo de profissionais com especificidades distintas, cuja missão de todos os intervenientes é a de ajudar a pessoa incapacitada, bem como dos seus próximos, a criar uma maneira de viver detentora de sentido para si mesma e que seja compatível com a sua situação, independentemente das suas condições físicas e da natureza da sua incapacidade. Estes profissionais, com acção interdisciplinar, ou seja, baseados na complementaridade das suas acções, oferecem ao outro os meios de que dispõem para que ele possa encontrar - ou reencontrar - o equilíbrio, no caminho que tenha escolhido prosseguir ou ao longo do qual deverá caminhar. Assim, para o referido autor, uma equipa

complicações através de um diagnóstico precoce, promover a continuidade dos cuidados e contribuir para uma reabilitação mais célere. Este facto poderá reduzir o grau de incapacidade e desvantagem da pessoa com AVC, para que assim retome, da melhor maneira possível, o seu projecto de vida, com as necessárias adaptações às novas circunstâncias. A exemplo de Kérouac, et al. (1996), os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar, tal como a pessoa o define. Intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados. Neste processo partilhado, é reconhecido às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito. A propósito, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários realizada em Alma Ata, Casaquistão, em 1978, instituiu que as pessoas têm o direito e o dever de participar, individual e colectivamente, na planificação dos cuidados de saúde.

Importa salientar o papel da família em todo este processo, pois parafraseando Simões & Grilo (2012) "a família continua a ser a principal fonte de cuidados. A ela cabe a responsabilidade de cuidar dos dependentes". Assim sendo, o processo educativo do enfermeiro visa a inclusão não só da pessoa com AVC como da sua família, pois "querer reabilitar um deficiente sem envolver a família será criar, no futuro, uma barreira no entendimento do viver em conjunto" (Martins, 2002, p. 98).

No decorrer da sua experiência enquanto enfermeira generalista em contexto hospitalar, constata que se afirma com frequência, que é feita uma preparação da pessoa em processo de doença para o seu regresso a casa, contudo, parece-lhe que os profissionais de saúde nela envolvidos nem sempre têm em conta os verdadeiros contextos do processo de reabilitação. Para além disso, os ensinamentos<sup>4</sup> efectuados parecem dar resposta, não às necessidades singulares e globais das pessoas, mas sim aos folhetos informativos<sup>5</sup> de preparação para a alta, existentes em cada serviço, tornando assim os ensinamentos estandardizados, despersonalizando-os. A sua percepção corrobora com a partilha de posição de Ribeiro (2010), ao concluir na sua investigação que a família raramente é

---

multidisciplinar deve estar imbuída de uma acção interdisciplinar. A par do conceito surgirão outros ao longo deste relatório, com ênfase numa integração real da pessoa doente e respectiva família nas equipas de saúde.

<sup>4</sup> No capítulo 2, e mais especificamente no subcapítulo 2.6 abordará numa visão mais abrangente, o seu conceito sendo fundamentada pela terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), tendo em conta que é a adoptada nas instituições de saúde onde decorreu o EC. Contudo, e também motivada por Sequeira (2007), ensino entende-se neste contexto, como o apoio cedido pelo enfermeiro ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades que possibilita ao familiar cuidador e família oportunidades para um melhor desempenho na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário, com vista à promoção da saúde.

<sup>5</sup> São ferramentas que conferem autonomia às pessoas, em função das competências individuais. São diversos os temas abordados nestes folhetos, esclarecendo problemas e dúvidas de saúde (Cavaco & Várzea, 2010).

*Carmen Borralho*

envolvida nos cuidados prestados à pessoa doente pelos cuidadores formais, assim como não lhes é transmitida informação ou realizados ensinamentos para cuidar do familiar dependente. Motivos pelos quais, o internamento possa suscitar alguma ambivalência na família, onde o desejo e o receio da ida do seu familiar para o domicílio se explicam pela apreensão em lhe dar o apoio necessário, especialmente nos casos daquelas pessoas com um maior grau de dependência. Por tudo isto, e ao deparar-se com famílias e cuidadores com reduzido nível de preparação para cuidar e acompanhar pessoas com autonomia reduzida e por ser uma preocupação sentida, dado o impacto que o AVC tem na sociedade actual, a sua escolha e motivação recaem sobre esta problemática, à qual pretende dar resposta durante a execução deste relatório. Neste contexto, faz menção ao Decreto-lei n.º 437/91, no n.º 1 do art.º 7.º, que preconiza a execução de cuidados de enfermagem planeados, implicando a pessoa doente, a família e a comunidade, integrando um processo educativo que promova o autocuidado. Assim, ao longo do EC centrou o seu desempenho no familiar cuidador da pessoa com AVC, numa abordagem interdisciplinar<sup>6</sup> e com uma efectiva articulação com o contexto de cuidados ao qual a pessoa regressa, visando a promoção da sua autonomia e a continuidade de cuidados, uma vez que, pelo anteriormente exposto, considera não ser apropriado desenvolver a sua prática sob a perspectiva dos cuidados exclusivos à pessoa doente, tendo em conta os novos desafios no âmbito da saúde.

O estudo exploratório, descritivo e qualitativo de Perlini & Faro (2005) com o objectivo de identificar e descrever as actividades do familiar que cuida de pessoas incapacitadas por AVC no domicílio, teve conclusões interessantes na área problemática em estudo, pois permite identificar carências e fragilidades para as quais os enfermeiros poderão dirigir a sua atenção: assim, os familiares cuidadores necessitam de desenvolver a sua capacidade para cuidar da pessoa dependente, ainda durante hospitalização, pelo que se torna deveras importante a preparação efectiva da alta hospitalar, onde o enfermeiro deve assumir com a pessoa com AVC e a respectiva família uma relação de cooperação e apoio. Os ensinamentos relativos ao programa de reabilitação devem ser realizados precocemente para potenciar a recuperação, pelo que o enfermeiro deve dar ênfase à sensibilização da própria pessoa com AVC e família para a realização correcta desses cuidados e continuidade dos mesmos. As autoras do estudo realçam ainda a necessidade dos enfermeiros em investir no contexto dos cuidados domiciliários, dado este ser o espaço real para o cuidar das pessoas dependentes.

Outro aspecto a ter em linha de conta, é que a desadequada preparação de uma pessoa e família em processo de doença para o regresso a casa, impede-as de vivenciar

---

<sup>6</sup> Numa relação de colaboração entre a pessoa com AVC, a família e os vários profissionais de saúde, constituindo-se como o alicerce de todo o processo de reabilitação

de forma saudável a transição que experienciam, isto é, não lhes permite o desenvolvimento de estratégias indutoras de uma readaptação ao seu meio (Weiss, et al, 2007). Para além disso, existem dados que evidenciam um maior número de reinternamentos quando a preparação para o regresso a casa não é eficaz (Patel, et al, 2004; Perlini & Faro, 2005).

Por todos os dados explanados e consciente da responsabilidade e validade da realização de um trabalho deste teor, manteve os seguintes objectivos gerais, tendo em conta a área problemática delineada;

- ✓ Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que permitam dar resposta às necessidades das pessoas com AVC e suas famílias e/ou familiares cuidadores, tendo em conta a singularidade e complexidade da cada situação.
- ✓ Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção de reabilitação, junto dos familiares cuidadores com a finalidade de maximizar a autonomia e melhorar a qualidade de vida da pessoa com AVC, através da promoção da mobilidade.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o EEER tem como competência cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Diário da República, 2010, p. 8658). Neste sentido, ao longo deste relatório será feita alusão a outra das especificidades do momento de aprendizagem da prática clínica, para além da reeducação funcional sensório motora (RFSM) acima descrito, pelo que estabeleceu o seguinte objectivo complementar, dando assim resposta às exigências académicas e curriculares preconizadas pela OE para a aquisição das competências do EEER:

- ✓ Desenvolver competências comuns e específicas para a prática da Enfermagem Especializada em Reabilitação, no que concerne à prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área da reeducação funcional respiratória (RFR), tendo em conta as componentes relacionais, científica e técnica.

É ainda de realçar, que ao longo do trabalho é adoptado o termo pessoa<sup>7</sup>, enquanto participante activo na gestão dos cuidados, tal como reconhecido e justificado pelo Conselho de Enfermagem da OE.

---

<sup>7</sup> “Um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.

Tendo em conta que, “a aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas” (Benner, 2001 p. 24) utilizou para a elaboração deste relatório a metodologia descritiva, sustentada na análise crítica e reflexiva sobre a prática clínica e nos conhecimentos científicos adquiridos através da partilha de experiências e saberes com os diferentes intervenientes no processo formativo.

Para além do descrito, este trabalho implicou uma pesquisa bibliográfica metódica, transversal a todo o processo de aprendizagem, suportada em livros técnico científico e em artigos científicos acedidos através do motor de busca Google e da base de dados informática: EBSCO Host, seleccionando nomeadamente, a base de dados CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Como domínios de interesse, o investimento da pesquisa direccionou-se para o planeamento da alta hospitalar da pessoa com AVC, a mobilidade, a sobrecarga de trabalho dos familiares cuidadores, as AVD's e para o papel da enfermagem de reabilitação no processo de transição entre a instituição hospitalar e o domicílio. Foram encontrados artigos que sustentam a importância crescente da temática em estudo, pelo que alguns serão elencados ao longo do relatório a fim de lhe dar suporte.

Considera que a temática abordada se enquadra no *core* da disciplina, na medida em que, o enfermeiro constitui um importante recurso com a pessoa em processo de doença e o seu familiar cuidador através da implementação de “terapêuticas” de Enfermagem, centrando o seu processo de cuidados no Saber disciplinar da Enfermagem, contribuindo para a autonomia profissional (Petronilho, 2010). Porém, para reivindicá-la “os enfermeiros devem ser capazes de definir claramente a enfermagem e articular a sua finalidade, a sua teoria, o seu âmbito e aquilo que faz da enfermagem uma disciplina única por direito próprio” (Iliffe, Jill, 2010, p. 12). Por reconhecer como elementar que uma disciplina profissional, nomeadamente a Enfermagem, desenvolva um corpo de conhecimentos, normalmente expresso em conceitos e teorias, que dão apoio à sua prática, promovendo a identidade da profissão, em busca da autonomia (Macedo, et al, 2006), suportou a sua prática profissional no decorrer do EC na Teoria da Transição de AfAf Meleis<sup>8</sup>. Apesar do aparente enfoque individual manifestado por Schumacher e Meleis (2000), nos termos “cliente” e “ser-humano” como alvo dos cuidados de enfermagem, esta teoria é consistente com a filosofia do

---

Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente em que ela vive e se desenvolve. (...). Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais, baseados nos seus valores, crenças e desejos da sua natureza individual, permite-nos um entendimento no qual – cada pessoa vivencia um projecto de saúde” CE (2001,p. 6).

<sup>8</sup> A escolha desta teoria é sustentada pela OE, quando no enquadramento conceptual do regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação a enaltece, como um modelo estruturante e de excelência para a optimização da qualidade do exercício profissional (2011).



cuidado holístico, pois reconhece a extensibilidade das muitas dimensões da pessoa, como a família e a comunidade onde está inserida. O objectivo da intervenção de enfermagem é cuidar da pessoa, criando condições condutivas a uma transição saudável, para alcançar o equilíbrio perdido.

Aquando da realização do seu trabalho de projecto fez-lhe todo o sentido prestar cuidados à pessoa com AVC e respectivo familiar cuidador durante todo o percurso de doença, desde a ocorrência do evento até à fase de sequelas e compreender o processo de reabilitação que lhe é inerente, pelo que estabeleceu objectivos em vários contextos da prática clínica, que clarificassem a temática em questão e que em simultâneo, permitissem a aquisição de competências que cabem ao EEER. Assim, o EC foi desenvolvido em três módulos distintos, pela ordem cronológica explanada, tal como ilustrado no cronograma<sup>9</sup> (Apêndice III).

O segundo módulo de EC decorreu em contexto domiciliário, durante 7 semanas, inserida na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de um dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) situados na Margem Sul e Vale do Tejo. Terminou o seu percurso de EC com uma incursão em contexto hospitalar, durante um período temporal de 7 semanas, no Serviço de Neurologia/Unidade de AVC (UAVC) de um Hospital situado na Margem Sul e Vale do Tejo, para compreender o papel do EEER na fase aguda do AVC, onde se engloba o treino de competências<sup>10</sup> e a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos necessários para o familiar cuidador se adaptar ao exercício do novo papel, assegurando, deste modo, a continuidade dos cuidados aquando do regresso ao domicílio da pessoa vítima de AVC.

Considera que o tipo de percurso realizado revelou-se uma mais-valia, uma vez que o contexto domiciliário permitiu-lhe ser detentora de um olhar mais atento sobre as possíveis dificuldades com que o familiar cuidador da pessoa com AVC pudesse sentir aquando da alta hospitalar, e aí actuar precocemente e em tempo útil durante o período de internamento.

---

<sup>9</sup> Importa referir que o cronograma de EC sofreu uma pequena alteração ao inicialmente delineado, no que concerne ao término do último módulo do EC. Assim, ao invés de concluir o EC a 15 de Fevereiro de 2013, fê-lo a 18 de Fevereiro. Tal facto deveu-se à disponibilidade de agenda do Serviço de Formação da instituição hospitalar em garantir a sala de sessões livre para assim poder apresentar uma Conferência na mesma, uma das suas actividades no âmbito da aquisição de competências pedagógicas, que inicialmente não se encontrava projectada. Esta situação foi previamente partilhada com a docente orientadora de forma a adequar a consecução dos objectivos referentes ao projecto de formação.

<sup>10</sup> Petronilho (2007) citando Le Boterf (1994) afirma que é pertinente fazer a distinção entre “competência” de “conhecimentos adquiridos”: assim sendo, as competências existem quando os indivíduos que recebem a formação aplicam eficazmente, e com conhecimento de causa, aquilo que aprenderam numa situação concreta, ao passo que os conhecimentos adquiridos são os conhecimentos que os indivíduos conseguem reter depois de completada determinada formação. Desta forma, possuir capacidades e conhecimentos não significa, necessariamente ser-se competente.

Desta feita, concretiza e encontra o seu fundamento directo no dever de cuidado, previsto na alínea a) do artigo 83.º da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro “o enfermeiro, no respeito ao cuidado na saúde ou doença assume o dever de: co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” (p. 6548), assim como, na alínea c) do artigo 82.º do mesmo diploma, ao referir que “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Ibidem).

Este relatório integra, essencialmente, quatro capítulos distintos, o primeiro dos quais contempla a presente Introdução, onde está contextualizada e justificada a problemática recorrendo aos contributos da investigação. Posteriormente, o segundo capítulo, elenca o enquadramento teórico do tema. O terceiro está reservado à descrição e análise do percurso efectuado, dando resposta à problemática definida. O quarto capítulo é reservado à análise e reflexão crítica de aspectos abordados, principais contributos, dificuldades e sugestões. Toda a informação complementar e considerada importante será remetida para anexo. A inclusão dos anexos e dos apêndices que dão suporte a este relatório são apresentados por ordem pela qual são referenciados ao longo do texto, tendo este último sido redigido de acordo com as normas apresentadas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma *American Psychological Association* (APA) adoptada pela ESEL (Godinho, 2012) na versão da sua 6ª edição.



## 1. O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA VIDA DA PESSOA

As Doenças Cérebro Vasculares (DCV) apresentam uma grande prevalência não só no nosso país, como a nível mundial, tal como refere a *European Stroke Organisation* (ESO, 2008). Clinicamente o AVC é definido como um défice neurológico súbito, devido a um processo isquémico ou hemorrágico no sistema nervoso central, podendo originar sequelas aos níveis intelectual, motor e sensitivo (*European Stroke Initiative*, 2003).

É atribuído ao AVC, especial relevância no nosso país, uma vez que é uma doença geralmente incapacitante e que constitui um verdadeiro flagelo, sendo uma das primeiras causas de morte em Portugal (DGS, 2010). É portanto, considerado um problema grave de saúde pública (Ferro, 2006). Nesta linha de pensamento, Moon, et al (2003), referem que os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, evidenciam que o AVC é a terceira causa mais frequente de morte nos países industrializados, a seguir à doença cardiovascular e ao cancro. Por outro lado, "(...).Portugal e a Hungria apresentavam as taxas de mortalidade mais elevadas, seguidas pela Grécia e Japão (Nogueira, et al 2007, p.11).

A *European Stroke Initiative* (EUSI) considera "O AVC como primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa. (...) A nível mundial, coloca o AVC em sétimo lugar, considerando-se, assim, não ser só uma doença dos países industrializados, embora nestes ocupe um lugar de maior destaque" (ibidem). Perante este facto, e de acordo com Moon, et al (2003), "os doentes que sobrevivem ao episódio agudo (de AVC), apresentam algum grau de incapacidade, com sobrecarga dos cuidadores, embora não existam dados tão precisos, quando comparados com os da mortalidade" (Nogueira, et al 2007, p.12). Constata-se, desta feita, que o AVC é responsável por um elevado número de internamentos hospitalares e por inúmeras formas e graus de morbilidade e incapacidade, permitindo afirmar que é uma problemática que assume, no contexto da enfermagem de reabilitação, grande relevância para a prática de cuidados.

Do ponto de vista da abordagem ao processo de reabilitação após um AVC, é importante considerar as diferentes taxas de recuperação das pessoas após a sua ocorrência. A maioria das pessoas que sobrevive ao evento permanece com um grau variável de dependência, em função da sua idade, da severidade do AVC, da rapidez e

sucesso do tratamento. De acordo com uma estimativa da *National Stroke Association* (2012), 10% dos sobreviventes de AVC recupera quase totalmente; 25% recuperam com incapacidades menores; 40% experienciam incapacidades moderadas ou severas que requerem cuidados especiais; 10% requerem internamento numa instituição de cuidados de saúde, ou numa unidade de longo termo; e 15% morre num período relativamente breve após a ocorrência da doença.

As incapacidades temporárias e/ou permanentes (motoras, sensoriais e cognitivas) apresentados pelas pessoas com AVC geralmente traduzem-se em diminuição/perda da capacidade de realização das actividades de vida diária (AVD's) (Araújo, Paúl & Martins, 2009). Nestas, as mais afectadas são a higiene, a alimentação, a eliminação, o vestir e a mobilidade, (Azeredo & Matos, 2003; Araújo, Paúl & Martins, 2009; Carvalhido & Pontes, 2009), sendo que, a alteração da mobilidade (sob a forma de hemiplégia ou hemiparésia) influencia fortemente a realização das restantes AVD's. Para além destas alterações, o AVC condiciona um risco elevado de isolamento social, para a pessoa que o vivencia (Young & Forster, 2007). A depressão, as alterações da personalidade, bem como a labilidade emocional, a ansiedade e a apatia são alterações que frequentemente afectam a pessoa com AVC (Martins, 2006), bem como os seus familiares cuidadores. De referir, que a qualidade de vida também é afectada pela doença. Nesta lógica, Martins (2006), em revisão de literatura sobre o tema, sugere que, em comparação à restante população da comunidade, as pessoas vítimas de AVC expressam uma pior qualidade de vida, sendo que não se registaram variações significativas nos participantes masculinos e femininos. Os componentes mais afectados na avaliação global da qualidade de vida do estudo em questão foram, a menor capacidade para executar as actividades do dia-a-dia inerente aos défices motores apresentados, o pior estado afectivo e/ou emocional, a percepção negativa do estado geral de saúde e as limitações no convívio social traduzindo-se num isolamento forçado com consequentes implicações no bem-estar. A mesma autora faz ainda referência a que após o período esperado de máxima recuperação, ou seja, nove meses após a alta hospitalar, 77,1% das pessoas com AVC referiram necessitar de um cuidador, nem que fosse apenas para vigilância. O grau de dependência face a outrem, resultante de um AVC, mostrou ser directamente proporcional ao grau no qual os participantes classificaram a sua qualidade de vida, ou seja, pessoas mais dependentes e com mais alterações neurológicas expressaram pior qualidade de vida. Tal facto mostrou que a qualidade de vida está directa e significativamente relacionada com a autonomia funcional das pessoas com AVC.

Com base na realidade supramencionada, o EEER, detentor de um saber específico da sua área de actuação e desenvolvendo a sua acção na pessoa em processo de doença,

família e comunidade, constitui um profissional de saúde pertinente inserido numa equipa multidisciplinar, no sentido de exercer a reabilitação pautada por uma abordagem global e singular e não apenas na disfunção orgânica/anatómica, por forma a que as pessoas com AVC possam viver com o mínimo de dependência e com dignidade. Martins (2002, pp. 88-89), acrescenta que o processo de reabilitação, “não pode terminar no hospital nem no momento da alta (...)”, pois o seu sucesso depende da “continuidade, da coordenação e da interrelação do trabalho desenvolvido por toda uma equipa.”, apostando na promoção da autonomia, maximização das potencialidades de cada pessoa e reintegração ao seu ambiente familiar e social. A mesma autora é peremptória face ao mesmo, quando menciona que o processo deve ser sempre “realizado na perspectiva do indivíduo”. Assim sendo, o EEER ao acompanhar a pessoa no decurso da doença, deverá respeitar o seu ritmo, os seus desejos e projectos de vida, permitindo desta feita uma co-responsabilização pelo processo de cuidados. É imperioso o envolvimento da família e/ou familiares cuidadores como parceiros da equipa multidisciplinar, ajudando-os a identificar os problemas que advêm de um AVC e a mobilizar as suas capacidades e recursos para os ultrapassar. Pretende-se, que durante o período de internamento hospitalar se proceda à orientação e à capacitação dos familiares cuidadores para os aspectos práticos de como lidar com a situação de dependência geradora de necessidades e para os problemas mais comuns que poderão ocorrer após a alta hospitalar, na tentativa de dotá-los de conhecimentos e competências que consequentemente ajudarão no processo de reabilitação da pessoa com AVC, no domicílio.

### **1.1 - As repercussões do acidente vascular cerebral**

A pessoa após o evento do AVC geralmente apresenta limitações na realização do autocuidado, devido à diminuição ou perda da capacidade de execução das AVD's, tornando-se assim dependente de terceiros, o que provoca um impacto negativo não só na própria pessoa e na família, mas também na sociedade pela restrição da sua participação.

Quando os temas: autonomia, autocuidado, dependência, independência para o desempenho de tarefas, são citados, importa definir os seus conceitos. Autonomia é entendida como a capacidade, a liberdade e o direito que cada indivíduo apresenta para reger a sua vida, de acordo com os seus valores, princípios e regras (Nunes; Amaral & Gonçalves, 2005). De referir, que mesmo física, ou funcionalmente impedido, a grande maioria das pessoas é capaz de exercer o livre arbítrio sobre si e de controlar parte do

ambiente que o rodeia (Gonçalves, R.L., 2010). Sobre este facto Paschoal (2000), afirma que para uma pessoa a autonomia é mais útil que a independência como um objectivo global, já que pode ser restaurada por completo, mesmo quando a pessoa permanece dependente. Compreende-se assim que a dependência se refere à “incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação” (Lemos & Medeiros, 2002, p. 893).

Já a independência, é considerada a capacidade do indivíduo para realizar as AVD's, sem ajuda, e reveste-se de grande importância, pois envolve questões de natureza emocional, física e social, havendo ainda pessoas que podem preservar a sua independência, mesmo apresentando determinada(s) incapacidade(s). Contudo, “embora o conceito de dependência se sobreponha ao de incapacidade e invalidez, eles não são sinónimos” (Wilkin, 1990, citado em Paschoal, 2000, p.317).

Estamos perante uma incapacidade, quando o apoio de terceiros substitui a função. Atendendo à definição da DGS (2003, p.171), incapacidade reporta-se a um termo genérico que inclui “deficiências, limitações de actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre uma pessoa (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais)”. A autonomia e a dependência detêm particular relevância no contexto em estudo, estabelecendo uma estreita relação com a idade da pessoa, a severidade do fenómeno, AVC, a par da rapidez e sucesso do tratamento. Em síntese, a dependência tem diferentes consequências sobre as relações da pessoa consigo própria, com os outros, com o ambiente físico e social, já que perder a autonomia e a independência é um acontecimento que causa desequilíbrio individual e colectivo, sobretudo no âmbito familiar e social.

Por outro lado, o conceito de autocuidado designa um conjunto de acções desenvolvidas constantemente pelo indivíduo que lhe permitem manter a saúde e o bem-estar (OREM, 1993). Sobre este aspecto o *Parecer n.º 12/2011* da OE (2010, p. 2), explicita o termo AVD's como aquele que se refere ao conjunto de actividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham diariamente, de forma autónoma e rotineira, podendo ser subdivididas em, actividades básicas de vida diária (ABVD), onde se incluem a alimentação, a higiene pessoal, a locomoção, o vestuário, a transferência e o controlo da eliminação vesical e intestinal/uso de sanitários; e as actividades instrumentais de vida diária (AIVD), e que se referem á capacidade da pessoa para gerir o seu meio envolvente, e que englobam, a preparação de refeições, gestão monetária, realização das tarefas domésticas, lavar roupa, utilizar o telefone e os meios de transporte, tomar a medicação e fazer as compras.

A mobilidade está envolvida na relação entre as pessoas e o meio ambiente, logo, nas tarefas mais básicas do quotidiano, sendo fundamental para o desenvolvimento das AVD's e consequentemente para garantir a autonomia das pessoas relativamente ao seu autocuidado. Para as pessoas, a perda ou a diminuição da capacidade para desenvolver estas actividades, representa, para além de uma forte alteração da autoimagem, uma agressão à sua privacidade e autonomia, uma vez que constituem actividades muito pessoais e íntimas, habitualmente desenvolvidas, como refere Serra (2010), em espaços de privacidade, agora quebrados e acessíveis a outras pessoas, nomeadamente acessíveis aos seus familiares que experimentam, nessa lógica, uma necessidade imposta para a assunção de novos papéis. Tal facto poderá produzir impacto sobre a dinâmica conjugal, por exemplo, sobretudo se não houver dissociação entre o papel de prestador de cuidados e cônjuge.

São várias as ameaças que podem surgir relativamente à mobilidade após a ocorrência de um evento súbito como o AVC. De acordo com as recomendações da DGS (2010), a intervenção na mobilidade após o AVC deverá ter início “nas primeiras 24 horas”, isto é, assim que a estabilidade hemodinâmica e neurológica da pessoa com AVC esteja garantida, com o propósito de prevenir não só a instalação do padrão espástico, bem como as restantes complicações que poderão advir da imobilidade. Torna-se portanto premente, que o EEER intervenha na mobilidade, através da elaboração de um programa de reabilitação individualizado. Este pressupõe a identificação prévia de problemas específicos a serem abordados. A capacidade cognitiva e funcional da pessoa para a realização dos exercícios deve ser avaliada. Os progressos da pessoa ao longo do processo terapêutico são outro factor a ter em linha de conta, para que se possam estabelecer novas prioridades, ou seja, é importante uma avaliação sistematizada. Para tal é necessário que a mobilidade funcional da pessoa com AVC seja reproduzível e quantificável em termos metodológicos através de escalas de capacidade funcional, com o intuito de determinar os cuidados que carece, devendo nelas ser consideradas as dimensões sociais, psicoafectivas e mentais do ser humano, as quais também são passíveis de ser alvo de perda de autonomia e independência, tal como sustentado por Lage (2007).

No plano de reabilitação com intervenção na mobilidade, devem estar incluídos os posicionamentos terapêuticos sempre em padrão anti-espástico (Johnstone, M., 1979). Esta intervenção tem como objectivo prevenir as alterações músculo-esqueléticas. “Estes cuidados são justificados pelo facto de o doente após o AVC deixar de ter controlo inibitório cortical sobre o tônus muscular, pelo que se deve minimizar as suas consequências através de posturas inibitórias da instalação do padrão espástico” (DGS, 2010, p.102). Johnstone

(1979, p. 19) desafia os enfermeiros a actuar precocemente na espasticidade uma vez que o seu processo “se desenvolve durante um período de um ano a dezoito meses”. A alternância dos decúbitos varia consoante a situação clínica da pessoa com AVC e o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (que poderá ser avaliado através da utilização da escala de Braden) e deve ter lugar ao longo das 24 horas do dia.

O programa de mobilizações deve estar também incluído no processo de reabilitação, uma vez que as mobilizações têm como principais objectivos garantir a integridade das estruturas músculo-esqueléticas e a amplitude dos movimentos articulares, estimular a sensibilidade proprioceptiva, inibir a espasticidade e preparar a pessoa para posição ortostática (Menoita, et al, 2012). As mobilizações podem ser: passivas, activas assistidas, activas e activas resistidas, de acordo com o grau de participação da pessoa. Um programa de mobilizações deve considerar os seguintes princípios: deve ser executado considerando o limite de tolerância da pessoa; deve obedecer a uma frequência de 2 a 3 vezes por dia, sendo cada movimento repetido, no mínimo, 10 vezes; e realizado dos segmentos distais para os segmentos proximais (DGS, 2010; Hoeman, 2011). Na perspectiva descrita Borella & Sacchelli (2009), referem que a prática de tarefas motoras induz mudanças plásticas<sup>11</sup> e dinâmicas no Sistema Nervoso Central (SNC). E mais do que a repetição de movimentos é a manipulação de variáveis específicas da prática como a intensidade e especificidade da tarefa, que maximizarão o potencial da recuperação. Nesta lógica se compreende que é importante a implementação de programas de reabilitação direccionados para actividades que potenciem a reorganização cortical e a neuroplasticidade para que se possa alcançar ganhos motores e funcionais, onde se inclui para além do anteriormente referido, o treino de AVD's. Estes programas devem ser desenvolvidos o mais cedo possível e adaptados às situações reais de cada pessoa, no sentido de a preparar eficazmente para o regresso a casa.

De acordo com a evidência acedida para a realização deste trabalho, são vários os autores que se referem às intervenções de reabilitação direccionadas para o treino das AVD's, englobadas no processo de reabilitação, como essenciais, no que concerne á

---

<sup>11</sup> Em 1930, foi introduzido o termo plasticidade por Albrecht Bethe (1872-1954). Há algumas décadas, o termo plasticidade neural foi definido como a capacidade do organismo se adaptar às mudanças ambientais externas e internas, mediada pela acção sinérgica de diferentes órgãos coordenados pelo SNC. Admitindo-se que tanto as unidades do SNC como as suas conexões podem ser substituídas e reconstruídas progressivamente em resposta ao meio ambiente, considera-se que o SNC é um sistema dinâmico (Lenon, 2003). São várias as alterações corticais adaptativas que podem ocorrer após uma lesão cerebral, principalmente numa fase pós lesão, denominada período crítico, onde se incluem; expansão dos mapas corticais sensoriais ou da função cognitiva, transferência da função de uma região para outra, substituição sensorial, onde uma região dedicada a um tipo de *input* sensorial inicia o processamento para outra modalidade e o processamento alternativo, através do qual uma função abolida por uma região lesada do cérebro é processada através de outro sistema (Borella & Sacchelli, 2009).



promoção da mobilidade da pessoa com AVC. A este respeito Leal (2001) diz-nos que a reeducação para a realização das AVD's é um forte factor contributivo para a reinserção sócio-familiar, pelo que um investimento nesta área é fundamental para o processo de recuperação. Esta premissa é reforçada pelos dados obtidos por Landi, et al. (2006) no seu estudo, ao verificarem que as pessoas com AVC que participaram num programa de reabilitação, tiveram num período de 8 semanas, um maior nível de independência na realização das AVD's, quando comparados com os níveis de independência do grupo de pessoas com AVC que não participaram nesse programa. Os mais elevados níveis de independência estavam associados a maiores níveis de qualidade de vida. Neste sentido Hartman-Maeir, et al (2007), verificaram também que a autonomia na realização das AVD's estava associada a um maior grau de satisfação na vivência do dia-a-dia.

Também Landefeld, et al (1995), levaram a cabo um estudo em que evidenciam o aumento da funcionalidade na execução de AVD's nas pessoas com alteração da mobilidade, quando estas participam num programa de reabilitação direccionado para o treino destas actividades. Com a aplicação deste programa, os autores verificaram que para além dos maiores níveis de funcionalidade na realização das AVD's (quando comparados com o grupo de pessoas que receberam cuidados gerais), estas pessoas atingiram maiores níveis de saúde no momento da alta e menores níveis de depressão. Os autores acrescentam que estes programas eram desenvolvidos num ambiente adaptado, sem aparentes barreiras arquitectónicas. Concomitantemente eram aplicados protocolos de intervenções que promovessem a capacidade de autocuidado, a continência, a nutrição, a mobilidade, melhorassem o padrão de sono, os cuidados à pele, humor e a cognição. Eram efectuadas diariamente avaliações da capacidade funcional da pessoa, bem como reuniões com a equipa multidisciplinar. Os autores salientam a participação da assistente social desde o início da implementação do programa e a participação de uma enfermeira para realizar visitas domiciliárias de forma a conhecer com mais pormenor as condições habitacionais da pessoa com AVC, com o intuito de reorganizar esse ambiente, caso houvesse essa necessidade. Desde cedo era tido em conta o envolvimento dos enfermeiros da comunidade.

A aplicação de programas de reabilitação parece, segundo dados apresentados por Landefeld, et al (1995), não implicar o aumento de custos a nível hospitalar. Os autores verificaram que a diferença de custos entre a unidade de cuidados especiais, entenda-se de reabilitação, e a unidade de cuidados gerais não era estatisticamente significativa, o que permite concluir que os custos na saúde não são impeditivos da aplicação de programas desta natureza, os quais permitem melhorias significativas na qualidade de cuidados e

consequentemente na saúde e qualidade de vida das pessoas. Mediante a aplicação de programas de reabilitação, é importante a realização de avaliações periódicas, tal como descrito por Landefeld, et al (1995), no sentido, de identificar o ganho da pessoa com AVC na capacidade para realizar as AVD's.

Em suma, verifica-se que é importante a implementação de programas de reabilitação, com vista à promoção da mobilidade da pessoa com AVC, pois pela globalidade da interferência do evento na vida das pessoas, é essencial a intervenção do EEER na vivência desta transição, ou seja, na passagem de um estado a outro, na reaquisição de um equilíbrio agora perdido, na procura de uma nova identidade (Meleis, et al 2000), ...na adaptação à diferença.

## **1.2 - Principais dificuldades dos familiares cuidadores na continuidade dos cuidados**

A família<sup>12</sup> é, tradicional e fundamentalmente, a unidade básica de exercício do papel de cuidador, muito embora saibamos que esta tem também sofrido uma evolução e modificação do seu conceito e composição ao longo dos anos.

Durante anos, considerou-se que o cuidar das pessoas mais velhas, em processo de doença e dependentes, era um problema da família, ao qual se esperava que esta desse resposta em privado. Porém, com o desenvolvimento das ciências médicas, tempos houve em que a responsabilidade pela prestação de cuidados foi quase exclusivamente depositada nas instituições de saúde. Actualmente já não é assim: o hospital representa um local de passagem. Devido ao ímpeto economicista assistimos hoje a altas cada vez mais precoces, sendo a convalescença realizada no contexto extra-hospitalar, sustentada na premissa que a reabilitação é viável, sem um aumento nas readmissões hospitalares ou na sobrecarga dos cuidadores (Bocchi, 2004). Todas as mudanças constantes na sociedade actual (demográficas, sociais e económicas) desencadearam uma alteração e mesmo abandono

---

<sup>12</sup> Sociologicamente, a família é encarada como um sistema dinâmico social, uma rede de relações e emoções, considerada como a mais importante fonte de apoio social. Desempenha funções como o prover alimentos, abrigo e outras necessidades materiais; oferecer protecção frente às adversidades externas; satisfazer as necessidades económicas; construir a identidade pessoal; promover os primeiros laços afectivos e a criação de outras relações, desde as laborais, amizade, de parentesco, até à criação de uma nova família; promover a aquisição de capacidades para o enfrentar de situações; exercitar a integração de papéis e responsabilidade social; influenciar na transmissão de princípios morais, regras e crenças; prover necessidades emocionais; realizar intervenções preventivas e terapêuticas, influenciadoras na saúde e doença dos seus membros (Martins, 2004; Aquino, 2007).



de muitas das funções familiares que geralmente eram assumidas por esta. Vejamos; as alterações da estrutura e dinâmica familiar têm trazido consequências ao nível da prestação de cuidados informais às pessoas dependentes, na medida em que a passagem do modelo de família alargada para a actual família nuclear tem como consequência a existência de menos familiares potencialmente disponíveis para prestar cuidados (São José, Wall & Correia, 2002). Este facto também é justificado pela emancipação da mulher, caracterizada pela sua participação activa na sociedade e pelo exercício de funções laborais fora do contexto familiar, onde outrora era a responsável pelo cuidado aos familiares dependentes, o que determina a existência de uma sobrecarga sobre as mulheres que se debatem com grandes dificuldades para conciliar a actividade laboral com as responsabilidades familiares. Dificuldades só passíveis de serem minoradas através do apoio, quer ao nível da oferta de equipamentos e serviços, quer ao nível de benefícios sociais, que segundo São José, Wall & Correia (2002) são ainda insuficientes a nível nacional.

O reconhecimento social e político do papel do cuidador informal é urgente e imprescindível, não só pelo valor inestimável que a sua prestação tem para a pessoa dependente, comunidade e instituições de saúde, como pelo contributo que representam para a sustentabilidade de uma sociedade mais coesa e solidária (Rasgado 2010). A assunção do papel de cuidador informal não é inócua, ou seja, não é uma situação pacífica e de natureza fácil que não implique repercussões. Cuidar de uma pessoa dependente, acarreta um forte envolvimento e desgaste aos níveis físico, emocional (Jonsson, et al 2005; Martins, 2006), social e económico, e requer ajuda específica. No entanto, por diversas razões, das quais são exemplo a obrigação moral e social e as dificuldades financeiras que impossibilitam o recurso a uma instituição formal de prestação de cuidados, estes cuidados são, muitas vezes, prestados em casa, sem qualquer recurso a apoios de outra natureza. Quando o apoio informal é prestado sem qualquer outro tipo de retaguarda, a sobrecarga vivida pelo cuidador informal é substancialmente maior. Os cuidadores informais “terão que gerir não só a responsabilidade pelos cuidados que têm que prestar, mas também a multiplicidade de papéis que desempenham na família e sociedade” (Andrade, C., 2009, p.63). O mesmo autor refere ainda, que os cuidadores informais assumem esse papel e fazem-no, muitas vezes, sem qualquer “avaliação das suas capacidades, recursos, conhecimentos, necessidades e disponibilidade”, percorrendo um “caminho quase solitário na tomada de decisão sobre o melhor cuidado “ (ibidem).

Paterson, et al (2001), constataram que, relativamente ao processo da alta hospitalar de pessoas com AVC, os cuidadores experienciaram um sentimento de frustração pela falta de informação que julgavam necessitar para cuidar dos seus familiares no domicílio. Os

cuidadores referiram que a sua maior necessidade recaía sobre como lidar com a mudança nos papéis familiares, a par de outras dúvidas relacionadas com os recursos existentes na comunidade ou de como auxiliar os seus familiares dependentes na realização das AVD's. É nesta lógica que muitos familiares cuidadores aprendem a cuidar dos seus familiares, a partir da sua experiência quotidiana por tentativa e erro<sup>13</sup>, na base da intuição, ou como aqueles incluídos no estudo de Perlini & Faro (2005), mobilizando o que se observou e o auxílio que se teve dos enfermeiros no período em que a pessoa dependente esteve internada.

Assim, importa concluir que é fundamental o estabelecimento de uma aliança com o familiar cuidador, identificando as suas experiências, angústias, dificuldades e necessidades. Pois sendo óbvios os benefícios da existência de um cuidador informal próximo da pessoa com AVC, são também, cada vez mais evidentes as consequências que podem advir de uma relação de prestação de cuidados desapojada. Urge portanto, evitar que os familiares cuidadores se tornem também vítimas da doença. O EEER assume aqui um papel de promotor da adaptação da família a uma nova realidade, proporcionando estratégias de intervenção que visem uma experiência única, de aprendizagem mútua e determinante, na promoção da mobilidade da pessoa com AVC.

### **1.3 - Promoção da mobilidade na pessoa com AVC - intervenção do EEER junto do familiar cuidador**

Se por um lado o desempenho do papel de cuidador informal tem aspectos positivos, como o sentimento de reciprocidade, de dever cumprido, o fortalecimento de laços familiares, sentimentos de lealdade por parte daquele que é cuidado e de crescimento pessoal, e de acordo com o estudo de Drummond, et al (2007), por outro, os aspectos negativos, como o isolamento social e a vivência da sobrecarga (*burden*) podem tornar-se desgastantes e ter consequências graves para o cuidador, aos níveis físico, mental, social e profissional (Rasgado, 2010). Desta feita, alguns autores como Sequeira (2010,p.151) alertam para o facto de que “cuidar de alguém implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados”. O contributo do EEER, torna-se assim fundamental na gestão e optimização desta relação de prestação de cuidados de forma a

---

<sup>13</sup> Conceito introduzido por Edward Lee Torndike (Psicólogo, 1874-1949) quando formulou a Lei do Efeito, sendo considerada um requisito necessário para que ocorra a aprendizagem. A mesma considera que uma acção acompanhada ou seguida por um estado de satisfação tende a ocorrer com maior frequência, ao passo que uma acção seguida por uma declaração de insatisfação tenderá a ocorrer menos vezes.

torná-la saudável e benéfica tanto para a pessoa dependente como para o seu familiar cuidador, com o intuito de promover um adequado proveito do cuidar no domicílio numa perspectiva de reabilitação. Face ao exposto, Hagan (1985, p. 78) citado por Navarro,

os profissionais de saúde deverão desenvolver, dentro da sua especialidade, um corpo de conceitos, atitudes e práticas específicas e especializadas que constituirá a base da qual nasçam e na qual se reconheçam todas as actividades que realizam, a que chamamos Educação para a Saúde.

Nesta lógica, o enfermeiro deverá dotar, durante o internamento, o familiar cuidador de competências, através do que, no contexto da prática da profissão, se denomina por ensinamentos. Nada mais do que a transferência de conhecimentos do enfermeiro para o familiar cuidador, tendo como premissa as respostas humanas da pessoa com AVC que carecem de cuidados de enfermagem. Os ensinamentos são centrados na aquisição de saberes e saber fazer, através de um processo sistematizado, com particular incidência na informação, quer de aspectos de natureza teórica, quer de aspectos de natureza mais técnica, tal como defende Petronilho (2007). Para o mesmo autor, o processo de ensino-aprendizagem deve contemplar três momentos distintos, o ensino, a instrução e o treino. Assim; o primeiro momento compreende a cedência de informações, apenas com base, numa componente teórica; um segundo momento, em que o enfermeiro comportando-se como um modelo e o cuidador como observador, centra-se na explicação e demonstração de técnicas; e o terceiro momento em que o cuidador executa as intervenções a realizar e o enfermeiro supervisiona e esclarece dúvidas.

Young e Forster (2007), corroboram a ideia do último autor supra mencionado quando referem a partir de uma revisão sistemática da literatura, que o fornecimento passivo de informação, por exemplo sob a forma de folhetos informativos não estava associado a resultados positivos no processo de reabilitação da pessoa com AVC, enquanto que as abordagens activas de teor educativo sob, por exemplo, a forma de uma tutoria do desempenho dos cuidadores junto aos seus familiares, poderiam ser bastante mais efectivas na perspectiva da qualidade dos cuidados prestados. Patel, et al (2004), partindo do pressuposto que os familiares cuidadores que apoiam pessoas vítimas de AVC recebem informação, mas pouco treino para o acto do cuidar, realizaram um estudo que pretendia avaliar a eficácia de treino dos cuidadores a 300 pessoas com AVC, comparando-os com cuidadores que não receberam nenhum treino durante o seu desempenho. Deste modo, determinaram que os cuidadores com treino na prestação de cuidados no processo de

reabilitação daquelas pessoas tinham reduzido os custos dos cuidados de saúde, a par do aumento na sua qualidade de vida ao final de um ano, sem o aumento da sobrecarga familiar. Kalra, et al (2004), também avaliaram a eficácia de um programa de treino a cuidadores na redução da sobrecarga de trabalho para os mesmos. Este programa realizado por profissionais, e iniciado quando o estado clínico das pessoas com AVC se encontrava estabilizado, compreendia sessões de formação prévias à alta e uma sessão de *follow up*<sup>14</sup> após a mesma. A dimensão teórica das sessões recaía sobre a prevenção e gestão de problemas associados ao AVC, no domínio dos posicionamentos, incontinência, nutrição, úlceras de pressão e recursos da comunidade. A dimensão prática do programa compreendia o treino de competências básicas de levantar e mobilização do familiar dependente, transferências, incontinência e assistência nas AVD's. Os resultados desta investigação evidenciaram que se reduzia significativamente a sobrecarga de trabalho dos cuidadores e os índices de depressão, melhorando a sua percepção de qualidade de vida e satisfação com a sua actividade de cuidadores, nos três meses, e um ano, seguintes ao treino. Simultaneamente, também os receptores de cuidados denotavam uma percepção de melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico nos mesmos períodos. Quanto à optimização do planeamento das altas das pessoas com AVC e o seu consequente processo de reabilitação, Straten, et al (1997), referem algumas abordagens que revelaram sucesso nos procedimentos da alta com a preservação ou aumento da qualidade dos cuidados prestados (expressa através da diminuição da mortalidade, número de readmissões no hospital e satisfação dos sujeitos alvo de cuidados) e a diminuição do número de dias de internamento após a estabilização clínica da pessoa com AVC.

Pelo exposto, o enfermeiro deve valorizar a família naquilo que pode fazer, tendo em consideração o conhecimento que já possui, nomeadamente sobre o seu familiar, preferências, interesses, preocupação, hábitos, ou seja, “quando prestam cuidados a um doente (...), os enfermeiros devem de ter presente que têm muito que aprender com a família” (Pacheco, 2002, p.135). Este facto permite que o processo de reabilitação seja caracterizado por uma partilha de saberes, em que a educação decorre da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o familiar cuidador, bem como do ambiente onde a mesma se desenrola. A promoção do diálogo deve ser uma prioridade para o enfermeiro, visto que, deste modo, incentiva e dá espaço ao familiar cuidador, para que este expresse os seus sentimentos e angústias, dificuldades e necessidades. Ao demonstrar disponibilidade e

---

<sup>14</sup> *Follow-up* é uma palavra do idioma inglês que significa continuação, acompanhamento, seguimento, supervisão, fiscalização ou verificação. De forma mais ampla, podemos considerar que se trata da comunicação que envolve a monitorização de objectivos e metas pré estabelecidas.

abertura para o diálogo, o enfermeiro abre também uma porta que lhe permitirá conhecer melhor o familiar cuidador e o seu contexto, contributos fundamentais para um diagnóstico bem direccionado, que promova o cuidado transicional e garanta o sucesso do processo de reabilitação.

#### **1.4 - A transição para o exercício do papel de cuidador**

Para a enfermagem, as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e reabilitação (Meleis, 2010). Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir a pessoas nos seus processos de transição, pois ao interagir com elas, desenvolve uma relação de ajuda e adopta uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista promover, restaurar ou facilitar a saúde. O conceito de transição assume grande centralidade para Schumacher & Meleis (1994), que desenvolvem a designada “teoria da transição”, propiciando uma estrutura teórica para a disciplina de enfermagem, ilustrada na figura nº.1 do apêndice IV. A opção por desenvolver e analisar a problemática em estudo à luz desta teoria enquadra-se na relação que a mesma desenvolve quando uma pessoa se confronta, no período de internamento de um familiar, com a assunção de um novo papel – cuidador, pelo que considerou pertinente estruturar o referido modelo, remetendo-o para apêndice, como complementaridade a este subcapítulo (Apêndice IV).

Os familiares cuidadores deparam-se com obstáculos importantes, nomeadamente, a dependência da pessoa doente, a dificuldade de obtenção de suporte social e emocional, a falta de conhecimento para lidar com a situação, constrangimentos profissionais e financeiros, experienciando assim um momento de vulnerabilidade (Mendes, 2010).

A enfermagem, nomeadamente a enfermagem de reabilitação, orienta as suas intervenções em torno de conceitos como o autocuidado, a adaptação e a capacitação da pessoa e família nos processos de saúde e doença, condições chave para a ocorrência de uma transição saudável, assuntos a desenvolver no próximo capítulo deste trabalho.

## 2. DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS NO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEER

A aprendizagem ao longo da vida constitui uma necessidade impreterível para todos os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, uma vez que a Enfermagem é uma profissão cuja sua essência é o Cuidar Humano e, como tal, está em permanente desenvolvimento, na medida em que a espécie humana está em constante evolução, determinando por isso uma actualização permanente do conhecimento técnico-científico na área da saúde. Deste modo, a formação contínua assume-se como uma responsabilidade do indivíduo para consigo próprio, para com a profissão que desempenha e para com a própria sociedade, por forma a construir um património pessoal e profissional assente numa dimensão diferenciada de competências, considerando-as essenciais à qualidade e segurança do seu exercício. Nesta linha de pensamento, impera que o saber em Enfermagem seja continuamente aprofundado e especializado por áreas de intervenção onde o contributo específico da Enfermagem seja adequado às necessidades das pessoas a quem se dirige o seu cuidado.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (1976) citada pela OE (2006, p. 3) reforça os pressupostos supra referidos quando refere que “o enfermeiro educa-se (...) desenvolve as suas aptidões, conhecimentos, melhora as suas qualificações técnicas e profissionais”. O enfermeiro cria, portanto, estratégias para a promoção da qualidade de desempenho no seu agir, corroborando Dias (2004, p.58) que “a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a actualização)”. No caminho para especialização em Enfermagem, não há margem para dúvida que a reflexão crítica sobre “o que se faz” e “porque se faz” é um importante e eficaz motor de mudança, no sentido da excelência dos cuidados de Enfermagem devendo por isso ser valorizada e efectuada sempre que possível, para que possam ocorrer contínuos progressos. Estar-se-á desta forma, não apenas a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também para a construção de um corpo de conhecimentos próprio, afirmando a Enfermagem como uma Ciência que é. Assim, considera que foi de extrema importância preparar e planear antecipadamente o projecto de formação desenhado no 2.º semestre,

que serviu de guia orientador para o aprofundar do conhecimento, permitindo direccioná-lo para o fim ambicionado. O EC desenrolou-se ao longo de 18 semanas em três distintos contextos de cuidados, escolhidos estrategicamente, com objectivos comuns aos três locais e objectivos específicos para cada um deles. Os objectivos inicialmente propostos pretendiam não só ter em conta as competências do 2º Ciclo preconizadas no Regulamento dos Cursos de Mestrado da ESEL, mas também ter como foco, o perfil de competências comuns<sup>15</sup> do Enfermeiro Especialista e específicas<sup>16</sup> do EEER, emanadas pela OE, e regulamentadas no Diário da República, 2ª série – nº 35, de 18 de Fevereiro de 2011, que o grau académico de EEER exige.

Foi também perspectivado o desenvolvimento das actividades tendo por base as competências do EEER; definidos critérios de avaliação e recursos a utilizar, adequados a cada EC a que se propôs e que apresentará de forma sistematizada nas tabelas em apêndice, facilitando assim a sua compreensão (Apêndice I). Refere que em todos os contextos da prática clínica, e no decurso do EC, utilizou como metodologia orientadora do mesmo, a realização de reflexões escritas, a que denominou de Registos de Aprendizagem<sup>17</sup>, as quais serviram de suporte de reflexão, como estratégia promotora ao seu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, influenciando para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. As mesmas revelam uma necessidade crescente de encontrar suporte, na evidência científica produzida, para a sua realização. Tais reflexões compilam todo um conjunto de informações, aprendizagens e experiências, constituindo uma linha orientadora para a concretização deste relatório, pelo que serão colocados em apêndice (Apêndice V).

Como já mencionado, e tendo em conta a área problemática em estudo, fez-lhe todo o sentido prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com AVC e seu familiar cuidador durante todo o percurso de doença, desde a ocorrência do evento, entenda-se fase aguda, até à fase de sequelas e compreender o processo de reabilitação que lhe é inerente. Desta feita apresenta, na tabela n.º 1, os contextos de cuidados onde desenvolveu o seu EC e os respectivos períodos temporais, bem como aborda, de forma muito sucinta, o tipo de

<sup>15</sup> A OE definiu como competências comuns do EE, os seguintes domínios: “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (2011, p. 8649).

<sup>16</sup> A mesma entidade aprovou as competências específicas do EEER, e que são as seguintes: “ a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (2011, p. 8658).

<sup>17</sup> Segundo Cabete (2012), o jornal de aprendizagem é um instrumento que conduz à implicação e responsabilização do estudante como actor no seu processo formativo, através da procura do significado das suas experiências, projectando a integração das suas competências e desenvolvendo uma capacidade de reflexão e análise crítica, indispensáveis ao seu pleno desenvolvimento pessoal e profissional.



vivências proporcionadas, as quais serão aprofundadas ao longo da elaboração deste relatório.

**Tabela n.º 1 – Contextos de cuidados onde decorreu o EC.**

<p>Serviço de Neurocirurgia de um Hospital situado na Margem Sul e Vale do Tejo</p> <p><u>Contexto Hospitalar</u></p> <p>1 a 26 de Outubro de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compreensão sobre a intervenção do EEER perante a gestão da doença respiratória durante o período de internamento</li><li>• Desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação com especial enfoque na RFR</li></ul>
<p>ECCI de um ACES situado na Margem Sul e Vale do Tejo</p> <p><u>Contexto Domiciliário/Comunitário</u></p> <p>29 de Outubro a 14 de Dezembro de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compreensão sobre o papel do EEER na prestação de cuidados domiciliários de natureza reabilitadora a pessoas vítimas de AVC e ao seu familiar cuidador, na fase de sequelas e sua reintegração familiar e social;</li><li>• Aquisição de conhecimentos relativos à articulação do ACES com a comunidade e seus pares (Hospital, Instituições Particulares de Solidariedade Social- IPSS, centros de apoio, entre outros).</li></ul>
<p>Serviço de Neurologia e UAVC de um Hospital situado na Margem Sul e Vale do Tejo</p> <p><u>Contexto Hospitalar</u></p> <p>2 de Janeiro a 18 de Fevereiro de 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compreensão sobre o papel do EEER na fase aguda do AVC;</li><li>• Compreensão dos itinerários clínicos da pessoa com AVC, oriunda, quer do serviço de urgência, quer pela activação da via verde;</li><li>• Desenvolvimento de competências em neuro-avaliação em pessoas com AVC;</li><li>• Enriquecimento de conhecimentos e aperfeiçoamento na área da RFSM.</li></ul>

Relativamente ao primeiro módulo, vivenciado no Serviço de NC, a escolha foi determinada por ser uma unidade de referência, pois presta cuidados de alta complexidade e especificidade no processo de reabilitação a pessoas do foro neurocirúrgico e neuro traumatológico. É um serviço ímpar pelas suas características, uma vez que dispõe de internamento, unidade de cuidados intermédios e unidade de cuidados intensivos. O tipo de cuidados exigidos pela envolvente clínica impõe um quadro singular de deficiências (limitações físicas motoras, sensoriais, alterações comportamentais - estados confusionais, alterações do estado de consciência, onde se destacam as situações de coma, alterações do padrão respiratório) que definiram o leque de cuidados específicos de reabilitação desenvolvidos. Desta feita, o serviço de NC promoveu a aquisição de competências ao nível do processo de reabilitação na pessoa com necessidades de RFSM e RFR, (que pelas características das pessoas em processo transicional saúde/ doença, eram indissociáveis) com especial enfoque nesta última, considerando-a uma complementaridade na compreensão da pessoa com AVC<sup>18</sup>, a essência deste relatório.

<sup>18</sup> Será abordado no capítulo 3 deste trabalho.



No que concerne ao motivo da escolha do contexto de Cuidados de Saúde Primários, numa ECCI como local de EC, considerou pertinente a sua inclusão com vista a tentar compreender e identificar, na perspectiva da pessoa com AVC e do familiar cuidador, quais as principais dificuldades, receios e obstáculos com que estes se deparam; qual o apoio que mais necessitam; qual a preparação que detêm, por forma a colmatar o que possa ter sido mais omisso ou menos realizado no contexto de internamento, aquando do planeamento da alta hospitalar. Desta forma, procurou dar resposta, ainda que parcial, à área problemática em estudo, isto é, à compreensão do processo de reabilitação na fase de sequelas da pessoa com AVC em contexto domiciliário/ comunitário.

A eleição do último módulo (serviço de Neurologia/UAVC) do EC focou-se, sobretudo, na compreensão da restante problemática e eixo estruturante deste relatório, o processo de reabilitação da pessoa com AVC na fase aguda. Existiram ainda, outros aspectos que motivaram a escolha deste último local de estágio. Vejamos: o facto de ter realizado grande parte do seu percurso profissional naquela instituição e ser nela que pretende permanecer e enriquecer cada vez mais o seu repertório de competências, dada a ampla diversidade de valências que apresenta, é outra das razões. Considera que tornou-se benéfico e também mais aliciante o desenvolvimento de um projecto em prol da instituição onde exerce funções por conhecer a sua dinâmica, os seus valores, objectivos e missão. Nesta perspectiva, enquanto EEER ambiciona melhorar a qualidade do atendimento à pessoa em processo de doença e respectiva família, como a toda a comunidade que usufrui dos cuidados daquela instituição. A escolha foi ainda determinada pelo facto do hospital pertencer ao grupo de hospitais portugueses com acreditação total (pelo *Health Accreditation and Quality Unit*), e ainda, por se tratar de uma instituição que valoriza a investigação integrada nas suas práticas, através da publicação semestral de uma revista de enfermagem.

Assim, ao atingir o término de todo um percurso realizado na área de especialização em enfermagem de reabilitação, apesar de desafiante é com enorme satisfação, que, procurará, nos subcapítulos seguintes espelhar o percurso de aquisição de competências efectuado, tendo por base a sua motivação pessoal, os objectivos delineados e os pressupostos referidos. A investigação é o motor de evolução da enfermagem, enquanto profissão, ciência, disciplina e arte. Dela imerge a renovação do conhecimento essencial para a contextualização do campo de intervenção, que compreende a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital no contínuo saúde/doença (International Council of Nurses, 1999). A prática baseada na evidência e a pesquisa científica é, segundo Polit (2004), promotora de altos padrões de qualidade dos

cuidados e o caminho para o fortalecimento da identidade da enfermagem, pressupostos constantes e transversais a todo o processo de formação.

## **2.1 - A organização e dinâmica dos serviços: elementos essenciais na qualidade dos cuidados.**

Por considerar o processo de integração profissional fulcral, para a aquisição de competências em qualquer dimensão do cuidar, e por verificar que as actividades desenvolvidas para o efeito, são sobreponíveis em qualquer contexto de saúde, foram definidas as mesmas actividades, relativamente aos vários locais de estágio onde decorreu a prática clínica. Assim, todos os EC se iniciaram com uma visita aos serviços ainda na fase pré-praxis. Para tal, foi realizado um guião de entrevista (Apêndice VI) que teve como objectivo identificar o tipo de patologias existentes em cada contexto de cuidados, e quais as limitações funcionais daí decorrentes. As diferentes reuniões com os enfermeiros supervisores serviram também para identificar necessidades de formação, efectuar as pesquisas bibliográficas específicas no âmbito da enfermagem de reabilitação e divulgar o projecto de formação, bem como os limites para a sua consecução.

De ressaltar, que considerou que a realização de uma entrevista estruturada no início do EC não seria por si só uma estratégia esgotada para dar resposta aos objectivos supra descritos, por ter a certeza que as questões nela contida iriam na sua percepção ser insuficientes. Assim, alcançou os objectivos preconizados não só através da observação, mas também discutindo em particular com os enfermeiros supervisores, sobre as várias situações que foram surgindo, sendo por assim dizer uma entrevista que se realizou em vários momentos pedagógicos, ao longo do processo de aprendizagem em contexto clínico.

Inicialmente foi confrontada com as dificuldades que no seu íntimo já estava à espera: como começar?...; Como passar de enfermeira perita em unidade de cuidados intensivos e nefrológicos, os seus contextos profissionais há 12 anos, para enfermeira iniciada no âmbito dos cuidados especializados de reabilitação?

Perante o seu questionamento delineou estratégias de aprendizagem em “três degraus”. No fundo não há “receitas”, existem sim bases essenciais e princípios que devem ser respeitados. O primeiro degrau correspondeu ao seu envolvimento no seio da equipa de saúde de cada serviço. A importância deste primeiro momento é realçada por Frederico & Leitão (1999, p.129), ao afirmarem que “é no primeiro contacto que se cria ambiente favorável à integração, uma vez que as atitudes do recém-admitido serão influenciadas pela

impressão obtida no seu primeiro contacto com a instituição”. A intencionalidade de realizar uma integração progressiva teve, como ideia principal, a conquista da confiança dos elementos do serviço. A integração na dinâmica de cada contexto de cuidados foi gradual mas eficaz. No fundo, a integração em cada EC decorreu de forma exemplar e transparente permitindo a partilha de conhecimentos, havendo desde o início, um mútuo respeito pelas actividades de cada um dos profissionais. Este facto revelou-se determinante no processo de aprendizagem e aquisição de competências. No segundo degrau, a sua intenção centrou-se na observação e análise dos documentos e protocolos existentes nos serviços que documentassem a importância do papel do EEER, bem como na realização de conversas informais com os enfermeiros dos diferentes contextos. O último degrau focou-se na aprendizagem e execução de práticas específicas no âmbito da reabilitação a serem aplicadas às pessoas em processo de doença e respectivo familiar cuidador.

Para dar resposta à metodologia de ensino-aprendizagem preconizada foi importante acompanhar (através de observação participativa) desde logo, a actuação dos enfermeiros supervisores, realizando os cuidados de acordo com os “*timings*” das rotinas no momento, de forma a não entrar em “conflito” com as tarefas dos restantes profissionais. Após este momento inicial, envolveu-se na prestação directa de cuidados, utilizando como metodologia de trabalho, a adoptada em cada contexto. Em simultâneo, as atenções iam-se centrando na escolha das pessoas em processo transicional de saúde/doença que permitissem uma aprendizagem mais proficiente e sólida.

Em suma, enaltece o acolhimento, bem como o contínuo acompanhamento por parte de toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente pelos EEER supervisores e restante equipa de enfermagem, como factores positivos no seu percurso académico. As informações obtidas permitiram obter a segurança e autonomia necessárias a cada momento, encorajando e motivando a discente para as funções a desempenhar, tal como afirma Chiavenato (2000, p. 263) sobre um programa de integração; “é fazer com que o novo participante aprenda e incorpore valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera imprescindíveis e relevantes para um bom desempenho em seus quadros”.

A organização e dinâmica dos serviços passam essencialmente pelo conhecimento da estrutura organizacional de cada instituição, pelo que considera premente traçar uma visão globalizante sobre os campos de acção onde foram desenvolvidos os EC que dão resposta à área problemática, com o propósito de discutir á posteriori esta implicação, nos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. Em contexto comunitário incurso numa ECCI, cuja caracterização podemos observar (Apêndice VII), e que constitui uma das

respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A referenciação das pessoas pode ser feita a partir de qualquer elemento da comunidade à ECCI e ECC, isto é, familiares, vizinhos, unidades do ACES, IPSS's, instituições hospitalares, entre outros. De acordo com a tipologia de cuidados necessários<sup>19</sup> (cuidados com finalidade preventiva, curativa, de reabilitação ou paliativa numa perspectiva global que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade e bem-estar da população alvo) e a área geográfica a que pertence, a pessoa beneficiária de cuidados, sem prejuízo do papel dos outros profissionais de saúde, será atribuído a um gestor de caso. A excepção a esta situação é a da EEER, que por ser o único elemento, acaba por cobrir todas as áreas geográficas da abrangência da UCCP. Este facto obriga a uma gestão metódica dos cuidados de reabilitação para serem prestados com coerência e particularidade.

A periodicidade das visitas domiciliárias é determinada por cada gestor de caso, em função das necessidades identificadas e deverá ser discutida com a pessoa e família, de acordo com os objectivos definidos do plano de intervenção individual. O modelo de prestação de cuidados utilizado por esta equipa é o de gestor de caso, definido como compreensivo, continuado e centrado na pessoa doente, apoiando-se numa equipa multidisciplinar. Focaliza-se no episódio de doença ou incapacidade durante o programa de continuidade de cuidados, tendo como objectivos a maximização da capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa (Hoeman, 2011). Este modelo permite que haja um profissional de referência para a pessoa doente e os seus conviventes, que seja capaz, em prole das necessidades identificadas, fazer a síntese da sua situação, valorizando as suas potencialidades, os seus desejos e a suas expectativas (Hesbeen, 2003).

De referir, que todos as pessoas beneficiárias integrados na ECCI são sujeitos a pelo menos uma avaliação mensal por um profissional da equipa. Regra geral, a ECCI/ECC realiza todas as quintas feiras, entre as 15h e as 17h, uma reunião de trabalho, para discussão de casos, organização do trabalho de fim-de-semana, articulação interprofissional, aferir métodos de trabalho, discussão e resolução de problemas que a equipa considere relevantes. Uma vez que há uma permanência mais prolongada das pessoas integradas neste contexto, uma reunião semanal revela-se suficiente.

Salienta que não teve a oportunidade de até ao término do seu EC, assistir a alguma reunião devido ao facto de não estarem a ser realizadas, por motivos inerentes ao próprio funcionamento do serviço. Contudo, ressalva que este facto não foi impeditivo de se articular com os demais profissionais envolvidos no plano terapêutico da pessoa com AVC e seu

---

<sup>19</sup> Estes dados foram obtidos através do Regulamento Interno da UCC que por motivos de ordem formal não será apresentado neste trabalho.

familiar cuidador, sempre que necessário. Destaca como exemplo, uma situação em que numa perspectiva de mediador de cuidados, providenciou a visita domiciliária da higienista oral a casa da Senhora L., uma senhora acamada, totalmente dependente de terceiros em consequência de múltiplos AVC's, por apresentar periodontite, com o intuito de lhe ser prestado o tratamento adequado.

Cada profissional da ECCI é inteiramente responsável dentro da sua área de competência e, deste modo, pelo cumprimento de objectivos específicos. Assim sendo, no âmbito da enfermagem de reabilitação, o objectivo recai sobre a prestação de cuidados domiciliários de natureza reabilitadora a pessoas com AVC, pelo facto de esta patologia acarretar um elevado número de co morbilidades, sendo a primeira causa de morte em Portugal, tal como já referenciado anteriormente.

Pôde perceber que a maior dificuldade sentida pela EEER no âmbito da enfermagem de reabilitação pautava-se sobretudo pela inexistência de pares especializados com quem partilhar a sua práxis. Constatou que a EEER é responsável por projectos de intervenção no contexto da formação externa para ajudantes familiares, capacitando-os para o cuidado á pessoa dependente e família. As formações apresentam um carácter teórico (decorrem na sala de reuniões do ACES) e prático (em contexto domiciliário), e intitulam-se: "Postura Corporal das Ajudantes Familiares" e "Princípios gerais de movimentação de doentes".

Paralelamente ao conhecimento acerca da reorganização dos Centros de Saúde, no novo modelo de ACES e respectiva caracterização física e organizacional da Unidade de Saúde e descrição das equipas multidisciplinares, foi imperioso proceder a uma breve apresentação da RNCCI<sup>20</sup> (Apêndice VIII), como resposta intermédia entre os cuidados comunitários e os hospitalares.

Para assegurar o cumprimento integral da resposta á área problemática delineada, realizou um segundo percurso, desta feita, em contexto de cuidados hospitalar, onde a capacitação da pessoa com AVC e seu familiar cuidador no regresso a casa, se constituiu como uma realidade a compreender, tendo em vista a promoção da mobilidade do primeiro. De referir que a caracterização do serviço se encontra em apêndice (Apêndice IX).

Para Ferro (2006) os AVC's constituem uma das patologias neurológicas agudas mais comuns, sendo também uma das causas mais frequentes de internamento em contexto hospitalar, alertando-nos para o facto dos doentes com AVC agudo serem "referenciados de imediato para uma Urgência Hospitalar. Quando exista, devem ser

---

<sup>20</sup> Tal necessidade prendeu-se essencialmente com o facto de considerar este aspecto como determinante no desenvolvimento de competências e na excelência do seu exercício profissional naquele contexto. A pesquisa bibliográfica que efectuou permitiu-lhe uma compreensão desta nova resposta de saúde, das unidades que a constituem e respectiva diferenciação.

internados numa unidade especialmente dedicada: Unidade de AVC” (2006, p.84). A referência a esta unidade dá-se pela activação da Via Verde AVC, intra e extra-hospitalar, suportada pelo procedimento de encaminhamento de doentes da instituição hospitalar. A demora média de internamento em 2011 de doentes com AVC na UAVC é de 4 dias, verificando-se o mesmo valor no ano de 2012<sup>21</sup>.

A trombólise apenas é indicada nos AVC's isquémicos, “o único tratamento eficaz no AVC isquémico é a trombólise por via endovenosa com rtPA realizada até 3 horas após início do quadro clínico” (Ferro, 2006, p.84). O objectivo major da actuação célere do EEER visa desenvolver na pessoa vítima de AVC, capacidades com as quais ela possa minimizar as suas limitações, adaptando o seu modo de viver a uma nova realidade, garantindo assim uma melhor qualidade de vida. Visa igualmente a valorização das potencialidades existentes, cuja finalidade é permitir a máxima inserção possível da pessoa na vida social e familiar, com ou sem recurso à utilização de ajudas técnicas ou produtos de apoio.

Comprova-se que a UAVC é uma unidade de extrema importância, pela precocidade da intervenção terapêutica, levando-nos a refletir sobre a importância destas estruturas na diminuição da morbilidade associada à ocorrência de AVC.

A equipa de enfermagem é composta por 30 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Chefe (especialista em Enfermagem de Reabilitação, mas que apenas exerce funções de coordenação/gestão do serviço) e um EEER (que desempenham funções de especialista em reabilitação, e na ausência da Enfermeira Chefe, funções de coordenação/ gestão da equipa). O EEER integra a equipa apenas durante a semana e no período da manhã. A restante equipa de enfermagem tem formação básica em conceitos de reabilitação, ministrada pelo EEER, por forma a assegurar a continuidade de alguns cuidados na área da reabilitação à pessoa com AVC, aquando da sua ausência. Este tipo de formação está englobado num projecto desenvolvido em contexto de formação em serviço pelo próprio EEER, intitulado "Reabilita Mais".

Consiste, num período de cerca de 20' após a passagem de turno, na primeira ou segunda semana de cada mês do ano, no abordar um tema (posicionamentos da pessoa com AVC – posicionamentos terapêuticos em padrão anti espástico, transferências, mobilizações, massagem terapêutica, entre outros) que permita aos colegas rever e/ou melhorar procedimentos de actuação, aquando da prestação de cuidados a pessoas com

---

<sup>21</sup> Segundo dados fornecidos pela Enfermeira Coordenadora da UAVC.



AVC. O projecto supra referido é composto por duas componentes – uma teórica, já descrita, complementada por uma prática, denominada formação individual “*on the job*”<sup>22</sup>.

A metodologia de trabalho adoptada no serviço de neurologia focaliza-se no método individual, em que cada enfermeiro tem a seu cargo a “responsabilidade total dos cuidados a prestar durante um turno”, não ocorrendo fragmentação de cuidados durante esse período (Parreira, 2005; p. 271), caracterizando-se como uma filosofia de cuidados holística.

Semanalmente, à 3.ª feira, decorre no piso 0 como referido anteriormente, a reunião da equipa multidisciplinar onde é abordado todo o plano de intervenção; terapêutico, de reabilitação e alta hospitalar das pessoas internados, mais especificamente na especialidade de Neurologia. Fazem parte integrante daquela equipa, o EEER, a enfermeira chefe, a enfermeira coordenadora da UAVC; os clínicos - neurologistas; a assistente social, não havendo participação da pessoa com AVC ou do familiar cuidador. No entanto, identifica que esta equipa deveria ser constituída por um nutricionista ou dietista para responder às exigências próprias das pessoas com AVC, podendo, por isso, complementar esta equipa multidisciplinar, à semelhança da equipa da ECCI. Mais uma vez a intervenção do EEER neste tipo de reuniões se revela preponderante, sendo discutida a sua intervenção especializada com a restante equipa, nomeadamente no que reporta à reeducação das alterações respiratórias, sensório – motoras e cognitivas das pessoas com AVC. É neste momento discutida a alta hospitalar (local de retorno: domicílio ou as diferentes tipologias existentes na RNCCI), a qual também dependerá da avaliação feita pelo EEER.

No decurso da reunião são visualizados os exames complementares de diagnóstico realizados, com a participação dos diferentes Neurologistas, planeadas e/ ou reajustadas intervenções terapêuticas e traçados objectivos. A envolvência da família durante o internamento, as competências que detêm para cuidar com proveito do seu familiar em situação de dependência no regresso a casa, as dificuldades sentidas são assuntos também discutidos em reunião de equipa, tomando todos os profissionais conhecimento da situação familiar e social da pessoa internada. Este conhecimento visa a preparação para a alta, eficaz e atempada, mobilizando os recursos necessários para a mesma. Este aspecto vai ao encontro daquilo que é defendido por Hesbeen quando refere que “o valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular com os meios de modo a oferecerem à

---

<sup>22</sup> De acordo com os autores Thassanabanjong & Marchant (2009) e Sarwar, Azhar & Akhtar (2011) este método de formação permite transmitir conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências e atitudes, incrementar confiança nos indivíduos treinados e permitir uma melhor compreensão ao nível do desempenho das tarefas.



população uma verdadeira combinação de competências” (2001, p.69). Ressalva a pertinência deste momento de partilha de informação, estabelecimento de objectivos, diagnósticos, planeamento de estratégias de intervenção e avaliação de resultados como uma mais-valia para a actuação do EEER, constituindo para si um momento de grande aprendizagem e reflexão, onde articulou muitos saberes com a prática clínica. Ao participar nas reuniões, interveio durante as mesmas, alertando para alterações no estado de saúde das pessoas com AVC, e/ou necessidades da família/familiar cuidador.

Detectou em contexto hospitalar situações no seio de algumas famílias a quem prestou cuidados, que necessitaram da intervenção da assistente social, tendo por isso promovido o seu encaminhamento (tal como por exemplo, na aquisição de camas articuladas, e na gratuidade do transporte de ambulância do pessoa dependente). Ao realizar todas estas actividades demonstrou capacidade de “assumir, como membro de uma equipa multiprofissional a promoção dos cuidados e uma visão integradora dos contributos dos diferentes profissionais” (Gândara, 2012, p. 2) desempenhando também funções como EEER ao “responsabilizar-se pela área de enfermagem nas equipas profissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes” (Decreto-Lei 437/91, alínea d) do nº3 do art.º 7º).

A passagem de turno<sup>23</sup> de enfermagem é sem dúvida uma ferramenta de comunicação e de trabalho extremamente importante na profissão de Enfermagem. É um momento, por excelência, de transmissão de informação realizada de forma oral, complementando a informação escrita, sobre o estado geral da pessoa em relação às suas características vitais e à evolução da sua situação clínica. O EEER assume portanto, naquele momento, um papel decisivo junto dos seus pares no que respeita à evidência das suas competências e à partilha dos seus conhecimentos, os quais podem contribuir para a melhoria do desempenho da equipa de enfermagem, para além, evidentemente, de promoverem a identificação de oportunidades de intervenção específica susceptíveis de produzir resultados. Destaca a título de exemplo, em contexto hospitalar, os treinos vesicais, cuja obrigatoriedade em todos os turnos deve ser assumida pela equipa de enfermagem, na ausência do EEER; a estimulação neuro sensorial, concretamente a visual ou a comunicacional, através do levante da pessoa receptora de cuidados, colocando-a no corredor, para que pudesse comunicar com as demais pessoas do serviço, fossem estas profissionais ou outras igualmente internadas. Para Menoita, et al (2012, p. 39), o sucesso

---

<sup>23</sup> Opta por este conceito por tradicionalmente ser de uso corrente na prática de enfermagem, mas que se refere à transmissão verbal de informação com o objectivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise de práticas e de formação em serviço, fundamentado pelo Parecer CJ/20 de 2001 da OE (2001).

da reabilitação “não depende de um conjunto de actos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida”.

Constatou que aos EEER dos dois contextos cabe a gestão das prioridades quanto às pessoas a quem devem prestar os seus cuidados. Na ECCI e dada a cronicidade das pessoas beneficiárias de cuidados, o acompanhamento não é diário, sendo realizado com periodicidades distintas de acordo com as necessidades identificadas. Por sua vez, na UAVC/Serviço de Neurologia, o EEER articula-se com os enfermeiros generalistas da seguinte forma: diariamente, aos enfermeiros generalistas são atribuídos as pessoas internados no serviço. Após a avaliação efectuada pelo EEER, no que concerne á necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, que é feita durante a passagem de turno na sala de trabalho, o EEER comunica a cada colega qual(ais) a(s) pessoa(s) que irão beneficiar de cuidados de reabilitação naquele turno específico. A partilha de informação ao longo do turno entre os pares é uma constante, no que diz respeito ao estado clínico da pessoa cuidada, possibilitando ao EEER planear a sua actuação atempadamente na eventualidade da existência de realização de exames complementares de diagnóstico, processos de transferências ou altas hospitalares, e que careçam de cuidados especializados. Na referida avaliação é tida em consideração, a estabilidade eléctrica e hemodinâmica, os défices motores, sensoriais, cognitivos e a função respiratória das pessoas receptoras do cuidado de enfermagem.

Consciente que a passagem de turno não substitui os registos de enfermagem, de acordo com o Conselho Jurisdicional da OE (2001), realizou-os em cada local de EC de acordo com os protocolos existentes. Os registos de enfermagem são legal e eticamente um instrumento facilitador na continuidade de cuidados e processos de tomada de decisão, englobados no acto de cuidar, permitindo comunicar o essencial à equipa multidisciplinar. A informação contida nos registos “deve ser de tal forma objectiva, que não suscite dúvidas ou outras interpretações a quem os consulta” bem como clara e exacta, pois “possui um vasto leque de leitores potenciais” (Silva, 2010, p.22). Ainda para esta autora “é através dos registos, que o enfermeiro assegura a sua autonomia” (Ibidem). Tornam-se portanto, num trunfo precioso para a avaliação dos cuidados prestados, consistem num documento jurídico, com uma obrigação profissional implícita e asseguram uma protecção legal tanto para a pessoa cuidada, como para o enfermeiro (Phaneuf, 2001).

A evolução da enfermagem enquanto ciência levou ao desenvolvimento de uma linguagem específica, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)<sup>24</sup>, e que tem progressivamente vindo a ser adaptada ao contexto real de cada serviço institucional de saúde, onde os locais onde decorreu a formação especializada não são excepção. Tal como refere Silva (2010, p. 21), “é crucial que os profissionais de saúde valorizem a informação produzida durante o exercício profissional” recorrendo a um registo real e a uma linguagem comum, “o que implica a utilização de um sistema de documentação de cuidados apropriado” (ibidem). Desta forma, a CIPE fundamentou a criação do aplicativo informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) que possibilita aos enfermeiros a concepção de dois tipos de intervenções, intervenções interdependentes e intervenções autónomas<sup>25</sup>, estas últimas da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, permitindo-lhes avaliar uma determinada pessoa ou grupo num contexto específico, observando um conjunto de dados, que lhe permitem ajuizar e atribuir um diagnóstico, prescrever intervenções em função desse diagnóstico e posteriormente realizar a sua avaliação.

O sistema informático supra referido foi devidamente adaptado à área da reabilitação nos serviços onde estagiou, sendo uma das limitações da ECCI, que não dispunha de resumo mínimo de dados<sup>26</sup> relativos aos registos de enfermagem em linguagem CIPE, para o contexto da enfermagem de reabilitação. Em ambos os contextos de EC, no que reporta ao padrão de documentação de registo das pessoas beneficiárias de cuidados, este consistia, para além dos sistemas informatizados, num processo clínico em suporte de papel, que integra instrumentos de registo de Enfermagem de Reabilitação, onde se encontrava compilada a neuro avaliação de enfermagem, a avaliação da dependência, da funcionalidade, a avaliação de risco e a avaliação respiratória com as respectivas escalas

---

<sup>24</sup> Que constitui, uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados, fornecendo uma terminologia para a prática de enfermagem que pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar de modo a permitir comparar dados de enfermagem (CIPE, Beta 2, 2001, p.13).

<sup>25</sup> De acordo com os termos do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes, sendo que nos termos do seu n.º 2 “consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” e que no n.º 3 do já citado 9º artigo se consideram “interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

<sup>26</sup> Entende-se por resumo mínimo de dados de enfermagem segundo Werley, et al (1991), citado pela OE “o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”, em que a sua estrutura substantiva, sob o ponto de vista clínico, corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (2007, p. 1).

utilizadas, adaptadas a cada realidade. Este facto torna-se, não só vantajoso por permitir uma visualização mais completa e detalhada da intervenção do EEER, dando uma noção mais precisa da continuidade dos cuidados especializados de cada pessoa alvo de cuidados, mas também facilita a interpretação de resultados em alguns desses instrumentos, como seja a monitorização, tanto do grau de dependência da pessoa como de risco, quando aplicadas em diferentes momentos, constituindo-se como sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2008; Dittmar e Gresham, 2005 *in* Hoeman, 2011)

Para Sequeira (2010, p. 42), a “avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices (...) possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às necessidades reais”, constituindo-se como fundamental a aplicação de instrumentos de medida para um diagnóstico preciso. Refere ainda que a avaliação funcional consiste numa das áreas de maior relevância na prestação de cuidados à pessoa dependente, pois “tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de risco de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até mortalidade”, daí a pertinência conferida a um diagnóstico rigoroso, recorrendo a “instrumentos de medida devidamente estudados e validados para a população portuguesa” (ibidem, p.43).

As pessoas com AVC e respectivos familiares cuidadores que acompanhou, e os cuidados que ministrou, no sentido de dar visibilidade ao projecto a que inicialmente se propôs, realizaram-se dentro do horário de funcionamento e filosofia de cada serviço, e foram norteados pela missão dos mesmos. A todas as outras pessoas em processo de doença a quem prestou cuidados, cuja patologia não se focou apenas no AVC, a sua intervenção assentou igualmente numa avaliação e planeamento dos cuidados de reabilitação, pelo que realizou os respectivos planos de cuidados. Como nos refere Silva (2010, p. 22) “a prestação de cuidados qualificados exige planeamento e coordenação”, em que a realização de planos de cuidados escritos e aplicados de forma adequada “promovem a continuidade de cuidados (...) constituindo um meio de avaliação” (ibidem, p.22). O planeamento dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação foi articulado de uma forma harmoniosa, com o plano global dos cuidados de enfermagem, tendo sido utilizados adequadamente os instrumentos de registo e escalas de cada local de estágio e mobilizados os recursos materiais neles existentes adaptando-os às situações em causa.

Pôde constatar que existe uma relação de confiança, credibilidade e respeito pelo trabalho do EEER no seio das equipas multidisciplinares onde esteve inserida, pela sua capacidade de liderança e tomada de decisão. A sua acção é baseada em conhecimentos científicos e específicos mediados pela evidência, que permitem uma prestação de cuidados

direccionada para a maximização das capacidades da pessoa doente, com envolvimento dos familiares cuidadores, respeitando a individualidade da pessoa cuidada.

## **2.2 - A confiança como característica imprescindível na relação com a pessoa doente e família.**

O cuidar de uma pessoa com AVC não passa apenas pela prestação de cuidados ao corpo doente, mas sim o cuidado à pessoa em toda a sua dimensão e complexidade. Como nos diz Renaud (2010, p.3), o cuidado de enfermagem “não é exclusivamente objectivo, não se limita a fornecer prestações de cuidado ao corpo. Ele é o cuidado de toda a pessoa” ou seja, é o que significa o conceito de cuidado holístico, aproximando-nos assim do conceito humano, “único e que não fragmenta, apresentado por Edgar Morin” (Costa, 2002). Para Renaud (2010) a dimensão ética, por outro lado, consiste em encontrar sempre um além do corpo “que se apresenta como uma interioridade, povoada de desejos, de lembranças, de expectativas quanto ao futuro, um corpo com os seus medos e a sua reacção a qualquer sinal” (ibidem, p. 3). Fala-nos no encontro intersubjectivo como o verdadeiro encontro, o qual implica uma compreensão do outro que transpõe o conhecimento da sua presença física, constituindo uma forma de encontro verdadeiramente ética. Permite a cada pessoa sair de si para ir ao encontro do outro, implicando “um dinamismo, um movimento de saída imanente, uma disponibilidade que exige uma espécie de treino ético” (ibidem, p.4). Ainda para o mesmo autor, a pessoa doente, na sua situação de vulnerabilidade, espera do cuidado de enfermagem um acompanhamento técnico, mas também ético, mesmo que não se encontre ciente disso.

Partindo dos pressupostos referidos, aquando da prestação de cuidados à pessoa com AVC e familiar cuidador, nos contextos vivenciais onde decorreu o EC, procurou estabelecer uma relação que interligasse a competência técnica com a vivência ética do encontro. Por outro lado, não pôde negligenciar que compete também ao enfermeiro “salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social” tal como previsto no Código Deontológico, artigo 83.º, alínea d) (Nunes; Amaral e Gonçalves, 2005, p.105), factor que teve sempre em consideração na sua acção cuidativa. Suportou a sua intervenção nas considerações éticas descritas pela OE, visando a promoção da mobilidade e consequente autonomia da pessoa com AVC no seu contexto de vida, tendo como pilar fundamental o familiar cuidador em todo o processo de reabilitação e reinserção social.

No cuidar de uma pessoa com AVC em contexto domiciliário o enfermeiro “invade” a intimidade do lar e passa a fazer parte integrante desse mundo, o que vai em concordância com o que Rice (2006, p.129) preconiza, ao afirmar que “ao entrarmos no mundo do utente, decidimos conjuntamente com ele o quê e como ensinar”, pelo que é imperativo todo o respeito pelo outro, pela sua dignidade, pela sua integridade, pressupostos igualmente tidos em consideração em contexto hospitalar. Tornou-se impreterível, uma apresentação e solicitação de autorização à pessoa doente e sua família para “participar” activamente nas suas vidas, bem como provê-los de toda a informação inerente aos cuidados a prestar com vista ao seu consentimento. O enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, tal como descrito no 84.º artigo, alíneas a) e b) do CD (Nunes; Amaral e Gonçalves, 2005, p.109).

A capacidade decisória é um direito que assiste á pessoa e respectiva família e compete ao enfermeiro o respeito pela sua autonomia, enquanto direito de escolha, como nos dizem Wadensten e Ahlström (2009, p.453), “autonomia significa que as pessoas têm o direito de tomar decisões baseadas nos seus próprios valores”.

Em ambas as vivências, foi ao encontro das pessoas, com a finalidade do estabelecimento de uma relação de confiança, adoptou estratégias para ver e ouvir o que os actores em palco desejavam e necessitavam transmitir. Intervenções essas revestidas de uma enorme importância na capacitação do “Outro” no seu projecto de saúde, caracterizando-se algumas delas por, abordar a pessoa pelo lado afectado, dispor o mobiliário preferencialmente do lado afectado, para que a pessoa recebesse de forma constante e automática a estimulação pelo lado hemiplégico, comunicar pausadamente, respeitar a vontade das pessoas pelos seus tempos, pausas e silêncios, apoiar, confortar, proporcionar momentos de lazer, elogiar pequenos progressos. Neste sentido, considerou fulcral, sensibilizar a família para todos estes “detalhes”, integrando-a numa verdadeira participação no cuidado.

Exemplifica o descrito com uma situação que surgiu durante a prestação de cuidados em contexto domiciliário; e que consistiu na dificuldade do estabelecimento da tão desejada relação de parceria, como consequência da afasia apresentada pelo Senhor F.C.. Este apresentava afasia de expressão e compreensão, fruto da sua lesão hemisférica esquerda e usava frequentemente duas estereotipias verbais para comunicar (“tudo, tudo, tudo!”, e, “sim, sim, sim!”) e um único gesto (o movimento de acender um isqueiro) que não era indicativo de algo em concreto porque o senhor utilizava-o indiscriminadamente. Para colmatar estas dificuldades utilizou diferentes estratégias, tais como: utilizar frases curtas,



falar pausadamente, nomear os objectos no contexto das várias actividades realizadas, bem como utilizar o álbum de fotografias, onde se incluíam imagens do próprio e da família, realizado pela terapeuta ocupacional da Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção onde o senhor esteve internado durante dois anos. Defende que, o recurso aos meios utilizados deverá ser sempre encarado como uma possibilidade para estabelecer uma comunicação eficaz. Assim, considera que impedir o acesso aos mesmos, coíbe também qualquer possibilidade de comunicação, “condenando” a pessoa, a um isolamento familiar e social. Com isto em mente, e dada a sua sensibilidade por esta área (comunicação), a sua intervenção junto do Senhor F.C. e família consistiu em sensibilizá-los para manter os hábitos e preferências musicais do primeiro e proporcionar meios (recurso a rádio e televisão), uma vez que numa das visitas domiciliárias a sua esposa havia verbalizado que uma das suas paixões era a música, elogiando os seus dotes de cantor e dançarino prévios ao AVC, que após a ocorrência do evento, e já na unidade de internamento da RNCCI, mesmo com afasia, costumava verbalizar algumas frases na sequência da letra da música “Parabéns”, quando naquela instituição alguém festejava o aniversário. Tal facto foi confirmado pelo Senhor F.C. quando ao ouvir tal afirmação, sorriu e bamboleou o corpo apoiando-se no tripé<sup>27</sup>.

Acompanhar o “Outro” sem voz, ajudá-lo neste percurso doloroso e repleto de perdas, para além das estratégias enunciadas, requereu também, uma relação assente na confiança, empatia e respeito mútuo, aspectos fulcrais na comunicação terapêutica. Segundo Stefanelli & Carvalho (2005, p. 65), “a comunicação terapêutica é a competência do profissional em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o “Outro” a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial”. Ajudar a pessoa a mobilizar as suas potencialidades e a reconstruir a sua própria identidade revelou-se, simultaneamente para si, uma experiência árdua mas muito compensadora. Momentos de alegria, de partilha, premiados por sorrisos e humor, transformaram-se em autênticos momentos terapêuticos. Todas as suas intervenções foram realizadas com o intuito de proporcionar momentos, não apenas de carácter lúdico, mas essencialmente terapêutico. A importância destas intervenções é reforçada por Lopes (2006, p. 80) ao referir que

---

<sup>27</sup> Ao referir-se ao efeito terapêutico que a música encerra, já outrora, o filósofo romano *Boethius* (480-524; também político e teólogo romano. Notabilizou-se como um dos teóricos da música da antiguidade clássica (greco-latina) referiu que “a saúde é tão musical, que a doença não é outra coisa, senão uma dissonância; e esta dissonância pode ser resolvida pela música” (n.d). Esta importância da música é também abordada na literatura por Särkämö (2008) quando num artigo publicado na revista *Brain*, afirma que a música estimula: a atenção e o humor, recuperação de áreas danificadas no cérebro, e mecanismos associados à plasticidade neuronal. O poder misterioso da música enquadra-se na possibilidade da mesma, sobrepor-se, nem que seja por breves momentos, à doença, à angústia e à solidão, pela sensação de bem-estar (devida à libertação de endorfinas) que proporciona a quem a aprecia.



é necessário que o enfermeiro participe na prática, para que consiga atingir uma excelência que lhe permita pôr a técnica ao serviço da pessoa de forma criativa, transformando assim a prestação de cuidados numa arte, e preservando deste modo a dignidade da pessoa

A recuperação funcional é um processo lento, onde as pequenas conquistas são grandes vitórias, mas onde o desânimo acaba naturalmente por surgir, podendo condicionar todo o processo. A família, constituindo a principal fonte de cuidados, nem sempre compreende as vicissitudes da reabilitação, tal como a necessidade de estimular e de ajudar a pessoa, sem a substituir, assim como a importância de tentar e falhar, para no próximo momento tentar de novo e falhar melhor. Tal como refere Johnstone (1986, p. 1), uma teórica de renome na área da neuro reabilitação, e já anteriormente mencionada, “o esquema de reabilitação está condenado ao fracasso quase seguro, nos casos em que o membro da família (...) durante 24 horas por dia – não entender a necessidade absoluta, do paciente viver dentro do esquema de recuperação”. Martins (2002), acrescenta que a família tem de intervir nos processos da reabilitação, no sentido de dar continuidade aos cuidados iniciados e assim contribuir para a reintegração e consequente dignificação do seu familiar dependente, de forma a fazê-lo sentir-se útil e feliz, mesmo que limitado. Assim se compreende que o EEER e a família trabalhem lado a lado, como parceiros do cuidar. Realça que esta parceria se iniciou no momento de acolhimento da pessoa e respectiva família em cada um dos contextos onde decorreu o EC, tendo por base um atendimento individualizado, personalizado, e uma relação de reciprocidade e de confiança mútua. Encontrou a humildade como uma virtude substancial, por significar que seja quem for que nos admita na sua intimidade está a receber-nos na sua privacidade e que nos compete o agradecimento pela dádiva.

Todas as suas intervenções foram realizadas com base no respeito por hábitos e preferências das pessoas receptoras dos seus cuidados (alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização, sono e repouso), no respeito pelos seus direitos, tendo presente a máxima ética “cuido como a pessoa gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada” (Nunes; Amaral & Gonçalves, 2005, p. 143). Neste sentido, conhecer a pessoa valorizando informações dadas pelo próprio e família, conhecer as suas necessidades, disponibilizar tempo e atenção, promover a continuidade de cuidados, estabelecer uma relação de parceria, contribui para a obtenção de resultados positivos em termos de ganhos de saúde.

Constatou ainda que, quer em contexto de cuidados domiciliários, quer em contexto hospitalar, a transição pode ser identificada na pessoa e no familiar cuidador, pelo que é

fundamental perceber o momento em que a pessoa e a família se encontram, de forma a serem implementadas as respectivas intervenções de enfermagem de reabilitação. Estas intervenções incluem o apoio na aquisição de conhecimento, na alteração de comportamentos e na mudança “do self em contexto social” (Meleis, 1991, p.103), com o intuito de maximizar as forças das pessoas (as existentes ou as potenciais) que contribuem para a reposição dos níveis óptimos (possíveis) de saúde, função, conforto e auto-realização (ibidem, p.104), sendo por isso consideradas como factores facilitadores no processo de transição.

### **2.3 - Identificação das necessidades da pessoa doente e seu familiar cuidador como condição fundamental no cuidar.**

O foco da atenção da discente direccionou-se para a promoção da mobilidade da pessoa com AVC, elencando um conjunto de actividades passíveis de serem realizadas pelos seus familiares cuidadores. Durante o EC, e nos vários contextos da prática, considera que a perspectiva referida se insere cabalmente, na sua intervenção, nomeadamente na afirmação de que interveio na mobilidade, através da elaboração de programas de reabilitação individualizados<sup>28</sup>. Para tal foi imprescindível perceber o que os EEER de cada local de EC preconizam como importante a identificação das necessidades da pessoa com AVC e familiares cuidadores. A colheita de dados, denominada avaliação inicial, em ambos os contextos é realizada na admissão e incide preferencialmente, na avaliação respiratória, funcional, neurológica (cognitiva, motora, sensitiva), social (tipo de habitação e quais as principais barreiras arquitectónicas que dificultam o processo de reabilitação, existência, ou não, de materiais de apoio que favoreçam a readaptação da pessoa com mobilidade reduzida) e de risco (queda, desenvolvimento de úlceras de pressão, como consequência da imobilidade). Recorreu sistematicamente á anamnese, exame físico, através da observação, palpação, auscultação pulmonar e análise dos processos clínicos e exames complementares de diagnóstico. A avaliação era validada com os enfermeiros supervisores, a equipa médica, bem como através de consulta do processo clínico e registos no SAPE e no SAM (Sistema de Apoio Médico). A colheita de dados pressupõe a identificação prévia de

---

<sup>28</sup> De acordo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, no artigo n.º 1 - todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade, pelo que considera que as suas acções se revestiram de carácter colectivo, dentro da individualidade de cada pessoa doente e família, com o objectivo de promover o bem-estar de ambos.

problemas específicos a serem abordados, onde se incluem as capacidades cognitivas e funcionais das pessoas com AVC para a realização dos exercícios e adesão ao plano terapêutico são avaliadas, bem como as capacidades do familiar cuidador para a assunção do novo papel (identificação de factores facilitadores e/ou inibidores no processo de transição).

Destaca a observação como uma mais-valia durante a sua práxis alicerçada à avaliação das necessidades da pessoa com AVC e familiar cuidador. Para o EEER o processo de reabilitação da pessoa com AVC, passa pelo seu empenho em aprofundar e actualizar conhecimentos com base em evidências científicas, mas também de uma intuição proveniente da experiência, e que não deve ser desprezada. Ao descrever o modo de agir das enfermeiras peritas, Benner (2001, p. 58), refere que esta “tem uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”.

Importa referir que na UAVC, é utilizada diariamente pelos clínicos e pelos enfermeiros da equipa, em todos os turnos aplicada às pessoas internados, a escala do *National Institute of Health Stroke Scale*<sup>29</sup> (NIHSS). Teve a oportunidade de observar a sua aplicação por parte dos clínicos e do EEER supervisor, bem como de a aplicar às pessoas com AVC a seu cuidado durante o EC, constituindo uma mais-valia na sua aprendizagem, pois permitiu-lhe realizar uma avaliação neurológica de enfermagem prévia ao estabelecimento de um programa de reabilitação individual daquele a quem se dirigiam os seus cuidados de enfermagem especializados. Concomitantemente à aplicação da escala de NIHSS, são aplicados diariamente instrumentos de avaliação de risco pela equipa de enfermagem, nomeadamente, avaliação do risco de quedas - Escala de Morse; avaliação da dor; avaliação de úlceras de pressão - escala de Braden, as quais fazem parte dos padrões de qualidade definidos pelo Hospital. O EEER regista ainda a sua apreciação da pessoa com AVC utilizando a escala modificada de Barthel<sup>30</sup> – no que concerne a avaliação dos

<sup>29</sup> A escala NIHSS é um instrumento que permite uma avaliação quantitativa da severidade e magnitude dos défices neurológicos após o AVC, tal como na determinação do tratamento mais apropriado e na previsão do prognóstico da pessoa doente (National Institute of Health, 2010). Baseia-se em 11 itens do exame neurológico que são comumente afetados pelo AVC, sendo eles: o nível de consciência, o desvio ocular, a paresia facial, a linguagem, a fala, a negligência/extinção, a função motora e sensitiva dos membros e a ataxia. Foi desenvolvida para ser aplicada rapidamente (5-8 minutos), no contexto do tratamento de doentes com AVC agudo, cuja pontuação varia do 0 (sem evidência de défice neurológico) a 42 (paciente em coma). A NIHSS tem uma importância significativa na determinação do prognóstico das pessoas com AVC, a curto e a longo prazo, permitindo não só, um efectivo planeamento de cuidados, bem como uma uniformização da linguagem entre os diferentes profissionais. Actualmente, o treino e a certificação podem ser obtidos online pelo site <http://strokeassociation.org/nihss>.

<sup>30</sup> A escala modificada de Barthel, segundo Sequeira (2010), é um dos “instrumentos mais utilizados na prática clínica para o diagnóstico de comprometimento nas actividades de vida diária”, sendo definida por este autor “como um conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade” as quais permitem à pessoa “viver sem necessitar de ajuda” (ibidem, p. 46). Aquela escala permite ainda uma

autocuidados, (em dois momentos distintos: no 1º dia de internamento e no dia da alta hospitalar) uma vez que este documento permite dar visibilidade ao papel do EEER no seio da equipa, relativamente aos ganhos para a saúde das pessoas com acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação na fase aguda, após um AVC.

Na UAVC a família não é envolvida na fase inicial de tratamento (trombólise), podendo no entanto, se assim o desejar, logo que a pessoa se encontra estabilizada do ponto de vista neurológico, eléctrico e hemodinâmico, visitá-la por forma a diminuir o nível de ansiedade de ambos. Desta feita, é-lhe realizado o acolhimento, conhece a equipa que se encontra presente e são disponibilizadas algumas informações pertinentes no momento, caso estes se encontrem receptivos (nomeadamente no que reporta: aos horários de visitas; material de higiene, vestuário e calçado, necessário para a estadia na unidade; previsão de internamento). É facultada informação conjuntamente com o médico, acerca da situação clínica da pessoa com AVC. São esclarecidas as dúvidas que poderão surgir, e caso seja oportuno, realizada a colheita de dados por forma a integrar e conhecer a pessoa admitida e família. Em contexto hospitalar a informação obtida junto da família e/ou familiar cuidador é imprescindível, com o intuito de compreender a personalidade da pessoa antes da ocorrência do AVC, os seus gostos e algumas particularidades, que no contexto em questão podem erroneamente ser consideradas como uma consequência da patologia, e induzir o EEER em erro na elaboração do plano de cuidados especializados de reabilitação para aquela pessoa. Desde o momento da admissão, da pessoa com AVC na UAVC, que é iniciado o processo de preparação para a alta, sendo abordado este tema com a família, e indagado sobre quem recai o papel de familiar cuidador. Torna-se imperiosa uma intervenção precoce do EEER, integrando a pessoa e respectiva família nos cuidados, levando-os a uma compreensão o mais correcta possível acerca da doença; da importância de minimizar os factores de risco e/ou complicações; da adesão terapêutica e da pertinência de todo o processo de reabilitação efectuada pelo EEER durante o internamento e após a alta.

No que reporta à articulação entre o EEER da UAVC e o EEER de outros contextos de cuidados, esta não é realizada. Existe sim informação assegurada pela realização da nota de alta informatizada, a qual junta toda a informação promotora da continuidade dos cuidados de enfermagem. Perante este facto, não poderá deixar de ser tido em linha de conta que cerca de 50% das pessoas com AVC da UAVC<sup>31</sup> retornam ao domicílio tornando-

---

“avaliação da capacidade funcional da pessoa doente e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada actividade”.(ibidem, p. 48)

<sup>31</sup> Dados fornecidos pela enfermeira coordenadora da UAVC.

se imprescindível a articulação com a equipa da unidade de saúde da comunidade à qual a pessoa e família pertencem, visando a continuidade de cuidados de reabilitação. Almeida, et al, referem que “a transição para o domicílio fica muito facilitada quando existe informação precisa e adequada disponível”, pois desta forma o enfermeiro em contexto comunitário poderá garantir “uma continuidade de cuidados de melhor qualidade ao doente e família” (2005, p.28). Para Jesus, Silva & Andrade a continuidade de cuidados consiste na “transição real e eficaz do utente, da instituição de saúde onde está internado para casa” (2005, p.27) e é fundamental para o êxito dos cuidados em contexto domiciliário.

Em contexto domiciliário, foram igualmente utilizados os instrumentos de recolha de informação supra referidos, nomeadamente através da escala NIHSS, da escala de comas de Glasgow, para a avaliação da consciência, da escala de avaliação de força muscular de Lower, avaliação do tônus muscular segundo a escala modificada de Ashworth, avaliação da amplitude articular com o auxilio do goniómetro e da escala modificada de Barthel, sendo ainda utilizada a medida de independência funcional (MIF). Em ambos os contextos, o equilíbrio estático e dinâmico foi também avaliado, assim como a sensibilidade térmica, dolorosa, táctil, postural e vibratória.

Sendo sobejamente reconhecida a importância do exame neurológico, considerou que este seria realizado sistematicamente pelos EEER dos vários contextos da prática clínica, com o intuito de comparar a evolução neurológica das pessoas receptoras de cuidados ou despistar eventuais alterações. Contudo, verificou que é um procedimento que não é efectuado (integralmente) por ser algo moroso e por vezes não ser possível devido à não colaboração por parte das pessoas com AVC, de acordo com os testemunhos dos enfermeiros supervisores. Em ambos os contextos vivenciados, a escala NIHSS prevalece sobre o exame neurológico. Com o propósito de explorar a vertente da neuro avaliação, durante o EC teve a oportunidade de realizar o exame neurológico de forma detalhada às pessoas que escolheu para a materialização dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação<sup>32</sup> (Apêndice V).

Foi uma actividade que inicialmente lhe causou insegurança por ter de recorrer a um documento orientador para o efeito, o que de certa forma poderá ter causado constrangimento às pessoas avaliadas, mas considera que ganhou maior sensibilidade e competências na área da neuro avaliação, tendo o treino sido fundamental.

---

<sup>32</sup> Após a identificação das necessidades afectadas, foram traçados nos planos de cuidados os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), os quais forneceram a base para a selecção das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas à pessoa com AVC e seu familiar cuidador. Optou por esta taxonomia por Meleis não apresentar taxonomia própria no que concerne aos diagnósticos de enfermagem. Outro dos motivos recai, no domínio do modelo por parte da discente, tendo sido previamente acordado com a Orientadora Docente.

Na comunidade a avaliação das necessidades da pessoa com sequelas de AVC e do seu familiar cuidador torna-se um processo, por um lado mais facilitador e por outro mais delicado. Facilitador pela evidência da realidade com que nos deparamos (reais necessidades), e mais delicado pela adversidade que essa realidade nos pode trazer para a reintegração da pessoa na sua casa e na adaptação á sua nova condição. Desde o primeiro dia de EC na ECCI que teve em consideração no desempenho da sua práxis, e mais especificamente, aquando da avaliação das necessidades da pessoa com AVC, os aspectos característicos daquele grupo, e que corroboram os estudos científicos existentes: a idade avançada, o sexo masculino, o elevado índice de co-morbilidades, a dependência nas AVD's, o facto do familiar cuidador ser maioritariamente o cônjuge, também ele idoso e igualmente em processo de saúde/doença *versus* situacional.

Em cuidados de saúde primários, teve a oportunidade de assistir á forma como se processa a admissão de uma pessoa com sequelas de AVC, o Senhor C.A. e família no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Quando recebeu a carta de alta, via fax, proveniente do hospital, focou-se essencialmente na condição de saúde actual da pessoa, na sua evolução ao longo do internamento e nos aspectos mais relevantes para a continuidade dos cuidados. Assim, na primeira visita domiciliária foram observados os exames complementares de diagnóstico, avaliadas e validadas as competências da família em contexto de vida, relativamente á capacidade da mesma prestar cuidados ao familiar dependente, a par da pessoa doente, que é avaliada num todo (gestão de terapêutica, gestão de emoções, esclarecimento de dúvidas sobre os mais variados assuntos,...) e em termos de défices e potencial de recuperação. É negociado com a pessoa e família o plano de intervenção individual a implementar. Segundo Menoita, et al (2002, p. 37), para que a continuidade dos cuidados no domicílio seja uma realidade “é necessário estabelecer uma parceria com a família, estabelecendo-se um contrato, baseado numa relação de confiança (...) de modo a obter o seu empenho e participação nos cuidados”.

Tendo em conta que “a maioria dos [clientes] vítimas de AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbilidade, constituindo um factor perturbador no quotidiano do doente e da sua família” (Marques, 2007, p.70), capacitar a pessoa dependente e o familiar cuidador de todo um conjunto de competências a adoptar no domicílio é, a seu ver, de primordial importância. Com isto em mente, e dadas as necessidades manifestadas pela familiar cuidadora (esposa) e conviventes (irmão, irmã e cunhada) do Senhor C.A., à medida que decorria a visita domiciliária, foram incluídos no planeamento do ensino, diversas informações. Estas focaram-se sobretudo para as ajudas técnicas, na prevenção de quedas, na gestão da medicação (insulina, inaloterapia com



recurso a câmara expansora), disposição do mobiliário, suporte social, redes formais e informais de apoio, ensino e treino de habilidades no que diz respeito às mobilizações passivas do hemicorpo lesado e transferências (da cadeira de rodas para a cama e vice-versa, da cadeira de rodas para a cadeira de duche e vice-versa), bem como na sugestão da distribuição de tarefas entre os vários familiares naquela que era a assunção de novos papéis no seio familiar. Neste primeiro contacto, foi também realizado o teste de avaliação do grau de disfagia do Senhor C.A. por ser uma das preocupações mais manifestadas pelos seus familiares. Os ensinamentos foram programados, sistematizados e realizados envolvendo os familiares cuidadores numa participação activa, tendo como preocupação os conteúdos que os mesmos desejavam aprender naquele momento. Assumiu-se, desta feita, o dever de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.109). Segundo Marques (2007; p.158), “ensinos oportunos acerca do que fazer, porque fazer, quando fazer, por quem fazer, com o que fazer, são encarados como reais necessidades sentidas pelos familiares” (...) [alertando ainda para a importância dos profissionais] “transmitirem informações não contraditórias, ainda que queiram dizer o mesmo”.

Confirmou, pelos testemunhos verbalizados pelo Senhor C. A. e seus familiares, que um dos problemas decorrente da alta hospitalar vai ao encontro da perspectiva de Marques (2007, p. 152) quando descreve que a mesma se resume “muitas vezes, a um simples entregar das receitas médicas para o médico de família, num contexto impessoal e superficial”, uma vez que não houve lugar para a realização de ensinamentos por parte dos profissionais de saúde a esta família. Na sequência da situação referida nos parágrafos anteriores, e de forma a dar resposta à área problemática em estudo, realizou durante a quarta semana de EC, uma entrevista semi-estruturada<sup>33</sup>, com o apoio de um guião (Apêndice X), aos restantes familiares cuidadores das nove pessoas com AVC em processo de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio.

A mesma teve como propósito, perceber como foi efectuada a preparação da alta hospitalar, e que estratégia é que a família adoptou para enfrentar as dificuldades no que concerne à promoção da mobilidade da pessoa com AVC.

O carácter indagativo das questões e os resultados obtidos<sup>34</sup> realçam a premente necessidade de encaminhamento das pessoas para as redes sociais e de saúde disponíveis

<sup>33</sup> Optou por este tipo de entrevista por esta permitir alguma flexibilidade no decorrer da mesma, isto é, as questões contempladas no guião podem não seguir exactamente a ordem prevista e poderão, inclusivamente, ser colocadas questões que não se encontravam previstas.

<sup>34</sup> De um total das 10 famílias questionadas (100% da amostra), apenas um familiar cuidador referiu que lhe foram realizados ensinamentos (10%). Estes recaíram sobre o manuseamento da sonda nasogástrica (preparação e



na comunidade, bem como de transmissão de saberes e treino para a aquisição de habilidades na fase de internamento, dirigidas ao familiar cuidador, permitindo aos enfermeiros actuar de um modo antecipatório naquelas que vão ser as dificuldades sentidas pela díade pessoa - família em contexto domiciliário. Outra dimensão essencial observada nas famílias a quem prestou cuidados consiste nos serviços sociais de que a grande maioria beneficiava, sendo estes ao nível do apoio domiciliário (higiene da pessoa dependente e tratamento de roupa), prestado pelas ajudantes familiares das IPSS's locais. Convém realçar o seu contributo, quer como meio de auxílio aos familiares cuidadores durante a sua prestação de cuidados à pessoa com AVC, quer como fonte de conhecimentos teóricos/práticos, sendo considerado um factor facilitador na transição da família para o seu novo papel. Outro dos aspectos mencionados pelos familiares cuidadores, prende-se com o facto de que provavelmente aprenderam a prestar cuidados à pessoa dependente pelo método tentativa e erro, por não terem eventualmente tido acesso à informação necessária para a realização dos mesmos. Ficou muito mais desperta para esta realidade, a qual procurou ter sempre em consideração ao longo do seu percurso no EC.

Ter em atenção as necessidades da pessoa com AVC, os interesses, as prioridades e os recursos numa perspectiva individual e trabalhar conjuntamente com a família é função do EEER, no entanto, também o é, avaliar o desgaste físico e psicológico dos familiares cuidadores, que manifestam muitas vezes, de acordo com Bettencourt, et al (2007), sentimentos contraditórios, falta de tempo para si, de liberdade e de disponibilidade e dificuldade em aliar o papel de cuidador com a carreira profissional. Assim, perante este cenário, a ausência de bem-estar do familiar cuidador e a qualidade dos cuidados prestados tem de ser tida em consideração. De acordo com Martins (2006, p. 62), “a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, tornam-se aspectos importantes que merecem por parte do EEER uma atenção particular, pois dele dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da família e comunidade”, pelo que neste âmbito teve em consideração prestar apoio e definir estratégias que diminuíssem o seu cansaço com o propósito de melhorar a qualidade de vida, quer do cuidador, quer da pessoa cuidada. Numa situação de cuidados específica, procedeu conjuntamente com a enfermeira supervisora, após discussão em reunião de equipa multidisciplinar e reunião com o Senhor B., esposa e filha, à referenciação do mesmo para uma UCCI de média duração e

---

administração de alimentos e terapêutica), no dia em que a esposa teve alta hospitalar. Duas esposas (20%) verbalizaram que apenas receberam um livro (cedido pelo EEER da instituição hospitalar) que continha diversa informação sobre o AVC, nomeadamente, a forma de vestir e despir a pessoa com AVC, a higiene e os posicionamentos. Os restantes sete familiares cuidadores (70% da amostra do estudo) referiram que não obtiveram qualquer tipo de ensinamentos durante o internamento do seu familiar.

---

*Carmen Borralho*

reabilitação (transferência da ECCI para UCCI), para descanso da cuidadora. Enquanto se aguardava pelo ingresso do senhor. na instituição, a esposa foi incentivada a receber o apoio diário da filha para poder regressar às suas actividades na Igreja local, algo que tinha deixado de fazer desde há dois meses, por se encontrar exausta.

Uma condição frequentemente inibidora do processo de transição são as barreiras arquitectónicas que até então não eram passíveis de conferir preocupação<sup>35</sup>. Com todas as pessoas acompanhadas em contexto de EC (domiciliário e hospitalar), essas condições foram trabalhadas, no sentido de promover, de forma progressiva a adaptação do espaço domiciliário. As sugestões, de forma conscienciosa, para as adaptações ao espaço domiciliário, consistiam essencialmente na reorganização do espaço, e consequentemente do mobiliário para aumento do espaço de circulação (teve em atenção que o mobiliário se reveste de história para as pessoas e para os seus conviventes); a abolição do uso de tapetes, ou o seu uso com material antiderrapante; aplicação de suportes de apoio nas casas de banho e construção de rampas para suprimir a presença de degraus. O papel desenvolvido junto das pessoas com AVC e seus familiares cuidadores foi o de sugerir, informar, e facilitar a aquisição de materiais de apoio, nomeadamente de tábuas de transferência; andarilhos; apoios unilaterais – bengalas; colchões anti escaras e camas articuladas.

Em contexto hospitalar, interviei junto dos filhos de um senhor, sobre a necessidade de abordar a administração do prédio para aplicação de rampas de acesso ao interior do mesmo e de corrimão de apoio à subida e descida de escadas (o prédio não tinha elevador e o Senhor M.C., necessitava de subir aproximadamente 30 degraus para aceder ao interior da sua habitação)<sup>36</sup>. Estas acções implicam tempo para serem efectivadas, pelo que uma intervenção o mais célere possível, por parte do EEER torna-se essencial. Todas as adaptações e mudanças no ambiente domiciliário foram sugestões livremente aceites pelas pessoas e seus familiares.

Relacionado com a alteração da mobilidade e consequentemente com a alteração na realização das AVD's e autocuidado, pode existir a vivência de sentimentos negativos por parte da pessoa que o experiencia, associados à alteração da auto-imagem (como consequência de alterações ao nível do padrão de eliminação intestinal e/ou vesical, com

<sup>35</sup> No garante dos direitos das pessoas com necessidades especiais, onde se integra a pessoa que sofreu um AVC, o EEER deverá ter presente que a "promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas" (Decreto Lei n.º 163/2006, p. 5670).

<sup>36</sup> Teve como guia orientador o já referido DL n.º163/2006, de 08 de Agosto, que define o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, visando a construção de um sistema global, coerente e ordenado em matéria de acessibilidades, susceptível de proporcionar às pessoas com mobilidade condicionada condições iguais às das restantes pessoas.

necessidade de recurso a dispositivos de protecção ou algália). Essa alteração tem fortes repercussões na sexualidade, ditando o fim da intimidade, tantas vezes posta de parte nas avaliações de enfermagem realizadas. É imprescindível, enquanto EEER atender a estas necessidades e mediante a apreciação feita, planejar intervenções no sentido de informar, desmistificar mitos e crenças e orientar as pessoas na redefinição da sua sexualidade oferecendo esperança ao amor. Sob este propósito, Cardoso (2004, p. 388) refere que, “a esfera sexual (...) constitui uma área por excelência daquilo que se entende por abordagem holística da doença”. O autor reforça, referindo que a negligência sobre a reabilitação sexual constitui “uma má prática clínica” (ibidem). Assume que durante o EC não foi possível trabalhar esta vertente. Depreende que tal facto deveu-se sobretudo a questões de pudor por parte das pessoas a quem prestou cuidados, dada a sua faixa etária; ou numa fase aguda da doença, porque as preocupações da pessoas com AVC/parceiros pudessem estar centradas em aspectos funcionais, como por exemplo, aprender a falar, a andar ou a cuidar de si próprios. Está consciente que a reabilitação sexual da pessoa com AVC passa necessariamente por uma abordagem multidisciplinar que inclui uma mudança de comportamento, fármacos, terapia conjugal e sexual.

## **2.4 - Planeamento como garantia dos cuidados centrados na pessoa doente**

A elaboração dos planos de cuidados de reabilitação teve como premissa um planeamento de actividades sustentado na colheita de dados individualizada, aliada aos instrumentos de avaliação institucionalizados em cada serviço, o que permitiu agrupar as informações recolhidas e analisar as possibilidades de autonomia *versus* dependência das pessoas doentes/família receptoras de cuidados dos vários contextos da prática clínica. Esta linha de pensamento constituiu sem dúvida uma mais-valia no percurso de aprendizagem efectuado, pois permitiu perceber o nível de assistência que tanto a pessoa com AVC como o seu familiar cuidador necessitavam, identificando o que conseguiam realizar com ajuda e aquilo que não conseguiam realizar, e assim delinear as intervenções de enfermagem de reabilitação que considerou pertinentes e adequadas em cada situação, em tempo útil, de acordo com os desígnios teóricos e as indicações dos enfermeiros supervisores. Geriu o tempo disponível tendo em conta o planeamento das intervenções e a definição de prioridades, o que lhe permitiu prestar cuidados especializados a um maior número de pessoas com complexidade crescente.

Aquando da implementação das actividades, foram desenvolvidas estratégias,

conjuntamente com a pessoa e seu familiar cuidador, no sentido de ambos encontrarem forma de se readaptarem á nova situação e de maximizarem a funcionalidade da pessoa com AVC na realização das AVD's. As estratégias encontradas, para desenvolvimento dessas actividades, foram diversas e muito pessoais. As pessoas com sequelas decorrentes do AVC apresentam alterações da mobilidade, em maior ou menor grau. Desta feita, pôde proporcionar a manutenção da amplitude de movimentos através do incentivo á realização de exercícios isométricos (para estimulação muscular), da realização de mobilizações (exercícios musculo articulares) passivas, activas assistidas, activas resistidas (manualmente, com resistência efectuada por si, e com recurso à utilização de diferentes tipos de pesos, para fortalecimento muscular), consoante a colaboração da pessoa. Pôs em prática, em ambos os contextos de EC, com as pessoas a quem prestou cuidados, diversas técnicas do âmbito das competências da enfermagem de reabilitação, para além das descritas no parágrafo anterior, das quais destaca, técnicas de conservação de energia, actividades terapêuticas no leito, posicionamentos terapêuticos no leito, ou em cadeira de rodas ou cadeirão, prevenindo a instalação do padrão antiespástico ou contrariando-o, quando já instalado. De acordo com Anderson (1994, p. 664), as alterações no equilíbrio após a ocorrência de um AVC estão associadas a flacidez, espasticidade ou com o comprometimento da região cerebral relacionada com a coordenação motora. Assim, realizou treino do equilíbrio estático e dinâmico, com as pessoas doentes sentadas, e/ou em pé (com e sem recurso, a bola suíça e a um suporte estável – barras dos pés da cama e/ou grades de protecção da cama, andarilho ou tripé/quadrupé quando em posição ortostática em frente ao espelho para que as pessoas visualisassem o seu corpo e assim integrassem o esquema corporal). Realizou ainda o treino do levante, treino de coordenação de movimentos, treino de marcha em piso irregular e regular e treino de subir e descer escadas, transferência do peso do corpo de um membro inferior para outro, transferências com e sem dispositivos de ajuda (disco giratório), correcções posturais utilizando o espelho quadriculado (no hospital), e os espelhos dos guarda-vestidos (no domicílio). O treino de correcção postural visa manter a postura corporal anatómica proporcionando uma melhor coordenação “entre os diversos grupos de músculos do corpo”, permitindo a realização adequada e sem esforço de “movimentos voluntários e selectivos” (Ryerson, 2004, p. 806). “Uma das consequências da postura inadequada das pessoas com AVC é a dor, geralmente causada pelo desequilíbrio de músculos, padrões de movimentos e suporte de peso inadequados” (Ibidem, p. 813), além de disfunções decorrentes do mau posicionamento.

Constatou que aquando do treino da correcção postural em frente ao espelho algumas pessoas têm dificuldade em olhar e apreciar a sua imagem reflectida, tal como a Senhora O.

e o Senhor C. em contexto domiciliário. Depreende que tal facto se deva, talvez aos défices de atenção resultantes do AVC, mas acredita que as pessoas dificilmente se reconheçam com os défices que apresentam<sup>37</sup>.

Recorreu à utilização de ortóteses (talas de punho e mão e talas plantares), talas pneumáticas de membro superior e inferior (com o objectivo de inibir a espasticidade e ajudar a controlar o padrão do tônus muscular, permitindo a realização do programa de mobilizações de forma mais eficaz. O uso de talas precedia os exercícios numa duração não superior a 20 minutos) e talas de terapia compressiva intermitente (em pessoas com AVC hemorrágico na fase aguda, para prevenção de tromboembolismo venoso profundo). Procurou que todas as intervenções mais instrumentais se integrassem nas sessões de educação programadas e realizadas, onde articulou os conteúdos teóricos adquiridos com a prática de cuidados tendo gradativamente aperfeiçoado as diferentes técnicas.

No âmbito da reeducação da motricidade fina, recorreu a acções didácticas, como por exemplo, pedir à pessoa para separar tampas de plástico (material reciclável) de diversas cores, facilitando assim a diferenciação das mesmas, texturas e dimensões variadas para o estímulo da sensibilidade. As peças encontravam-se previamente misturados numa caixa (actividade por si implementada na UAVC, por considerar uma mais valia no âmbito da reabilitação, á semelhança da realidade vivenciada em contexto domiciliário), tal como exemplifica a figura nº 2 (Apêndice XI). A esta estratégia era adicionada em simultâneo a contagem de cada uma das pequenas peças isoladamente. Desta feita, a estimulação cognitiva, a atenção e a concentração também eram assim reeducadas. No domicílio, esta actividade consistia em pedir à pessoa para separar leguminosas secas, como por exemplo grão de feijão, com supervisão e apoio do familiar cuidador.

Enaltece as frases motivacionais<sup>38</sup> contidas nas duas caixas por si realizadas, como forma de reforçar positivamente as habilidades adquiridas pelas pessoas com AVC ou aquelas passíveis de serem readquiridas durante o processo de reabilitação. Para Lohne e Severinsson (2006, p.315), “as intervenções de enfermagem devem ser dirigidas principalmente para as estratégias emocionais e motivacionais para promover a força de vontade e crescimento pessoal”. Este constituiu sem dúvida um factor de grande relevância

<sup>37</sup> Situação bem patente no livro “De Profundis, Valsa Lenta”, onde o autor José Cardoso Pires, apresenta o relato do AVC que o acometeu em 1995. Neste relato refere-se a si próprio como o “outro” alguém, tal como retratado no seguinte excerto, “frente a frente com a minha imagem no espelho mas já desligada dela, me transferi para um Outro sem nome e sem memória e por consequência incapaz da menor relação passado-presente, de imagem-objecto, do eu com outro alguém” (Pires, 1999, p. 24).

<sup>38</sup> “Somos o que repetidamente fazemos. A excelência, portanto, não é um efeito, mas sim um hábito” de Aristóteles (n.d.) e “Comece por fazer o necessário, depois faça o que for possível, e finalmente estará a fazer o impossível” de São Francisco de Assis (n.d.).

na prestação de cuidados especializados da discente à pessoa com AVC e familiar cuidador, quer na fase aguda do evento, quer na fase de sequelas, tendo recorrido ao reforço positivo, à criação de sentimentos de segurança e de confiança necessários ao reconhecimento das suas próprias capacidades e autonomia, visando o alcance de uma transição saudável. O processo de reabilitação é um caminhar conjunto, lado a lado, onde são congregados esforços para atingir um objectivo comum. Como diz Hesbeen (2010, p.75), “quando houve lugar ao encontro e quando este deu lugar à criação de laços de confiança, passará a ser possível à pessoa que recebe cuidados e à que os presta, caminharem juntas”.

No treino de marcha ressalva os obstáculos referidos pelas pessoas no domicílio como “grandes obstáculos”, tal como verbalizado pelo Senhor B., como sejam, a presença de tapetes decorativos em casa, o lancil e as inclinações/irregularidades do pavimento da calçada portuguesa junto à sua casa. Em contexto hospitalar, utilizou as listas existentes no chão do serviço de Neurologia, como forma de estabelecer limites ou metas para a pessoa com AVC atingir durante o treino de marcha em piso regular. Considera que um chão liso, sem este tipo de destrinça não proporciona esse efeito. A pessoa terá maior percepção da distância percorrida e isso constitui um estímulo para que no dia seguinte queira avançar um pouco mais. Outra vantagem de realizar o treino de marcha num chão listado consiste no treino do equilíbrio, noção de espaço e limites.

Relativamente ao esquema de exercícios preconizado no plano de cuidados de cada pessoa, tem necessidade de expressar algo que lhe suscitou no início algum espanto e curiosidade, e que tem que ver com a complexidade dos exercícios ensinados pela enfermeira orientadora da ECCI às pessoas com AVC, em contexto domiciliário e que adoptou aquando do EC em contexto hospitalar. Assim, o movimento de deixar passar o trânsito e o de mandar parar o trânsito, em analogia aos movimentos executados pelo Polícia Sinaleiro, integram não só exercícios de amplitude articular, como a coordenação, consciência corporal e a concentração por parte da pessoa doente. Gestos tão simples como o “aperto de mão” (exercita adução e abdução dos dedos das mãos), o “adeus” (desvio radial e cubital), o “simular do abanar a mão para afastar algo” (flexão e extensão do punho), entre outros, também podem ser solicitados às pessoas como parte integrante do programa de mobilizações activas.

A prescrição de exercícios activos terapêuticos, em ambos os contextos de EC, visavam combinar exercícios de resistência contra gravidade, fortalecimento muscular, coordenação, concentração, atenção e integração mental do esquema corporal aliados a realização de movimentos fisiológico articulares. Exemplos disso são, os agachamentos



(flexão e extensão das articulações do joelhos e coxofemoral), o jogar á bola, que também implica para além do descrito, o treino do equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática com ou sem dispositivos de ajuda; o estender da roupa, em contexto domiciliário, que para além dos benefícios anteriormente descritos, promove o aumento da auto estima e sensação de ser útil, o treino da motricidade fina e a participação na vida familiar.

Através da elaboração de um programa de reabilitação individualizado, previamente delineado, foi dado enfoque ao treino das AVD's, visando a promoção da mobilidade da pessoa com AVC. Esse treino foi preferencialmente centrado para a realização de atividades de higiene pessoal; de transferência e locomoção; de alimentação, incluindo o treino de deglutição para controlo da disfagia; de eliminação, com treino para controlo dos esfíncteres e uso de sanitário; actividades de vestir e despir, incluindo adaptações à roupa utilizada; orientação e ensino, para reorganização do espaço domiciliário/ mobiliário, e eliminação de barreiras arquitectónicas; aquisição/construção de materiais de apoio; promoção de acesso à informação relativa a esses materiais; encaminhamento para a sua aquisição; encaminhamento para instituições de apoio comunitário.

As limitações físicas e cognitivas das pessoas que sofreram um AVC estão na origem da dependência na realização das AVD's, nomeadamente vestir e despir e os cuidados de higiene e conforto. Como tal, o treino de vestuário e calçado foi realizado em conjunto com a pessoa e família, tendo em consideração os princípios e técnicas adaptadas à pessoa hemiplégica. Relativamente ao autocuidado, vestir/despir, implementou no serviço de Neurologia/UAVC um busto<sup>39</sup> de treino dessa actividade por si executado, como se pode ver através da figura nº 3, (Apêndice XII) que permite á pessoa com limitações da mobilidade manusear diversos tipos de acessórios, por norma existentes no vestuário masculino e feminino.

A observação sugere que para a maioria das pessoas com AVC, que o ensino, instrução e treino da AVD higiene e conforto assume-se como pertinente para o seu processo de recuperação, visando a obtenção de maior autonomia, bem como o aumento da sua auto estima. Assim, a higiene é desde o início do internamento realizada na casa de banho, sendo apenas realizada no leito em situações ou casos excepcionais. Tal como diz Menoita, et al (2012, p.118), "logo que possível, a pessoa deve deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados de higiene". O treino da higiene no chuveiro; entrada e saída da banheira; desfazer a barba; pentear; higiene oral; higiene e corte das unhas; maquilhagem; higiene das mãos; higiene parcial dos genitais em cadeira sanitária; higiene

---

<sup>39</sup> Do mesmo fazem parte, botões de diversas dimensões, fita de velcro, molas, fecho, laço, um cinto e a parte posterior de um soutien, para treino da destreza do abotoar dos colchetes.



parcial no lavatório; com e sem produtos de apoio, foram muitas das actividades realizadas para promoção da mobilidade e consequente autonomia da pessoa com AVC. Durante a realização dos cuidados de higiene e conforto, recorreu em contexto hospitalar à utilização de objectos pessoais (escova, pente, pasta e escova dos dentes, “*Gillette*” ou máquina de barbear, champô), e de um espelho, estimulando a pessoa a ver-se reflectida nele.

No treino da AVD alimentação, destaca a sua intervenção, para além da incapacidade da pessoa se alimentar autonomamente, no treino de deglutição em pessoas com disfagia a líquidos e/ou a sólidos, visando o restabelecimento da mesma e a prevenção da aspiração do conteúdo alimentar, que pode ser letal. Segundo White, et al, “a disfagia pode ocorrer nas fases orofaríngea ou esofágica da deglutição” em que cerca de 75% destes casos têm como causa associada uma patologia do foro neurológico, tal como o AVC, uma demência ou uma doença de Parkinson (2008, p.52). A sua intervenção incidiu nas pessoas com o diagnóstico de AVC, com evidência de disfagia nas fases oral e faríngea, sendo visível a recuperação gradual da capacidade de deglutição. O carácter temporário da disfagia vem de encontro ao que White, et al (2008) verificaram em 90% dos casos das pessoas com AVC, contrariamente ao que acontece às pessoas com o diagnóstico de demência ou síndromes parkinsonianas.

Destaca ainda, em contexto hospitalar os momentos de refeição, em que promoveu interacções próximas entre si, a pessoa receptora de cuidados e o familiar cuidador. Estes momentos permeados por “preciosas orientações” por parte da discente no que concerne a alimentação, revelaram-se cruciais para obter informações, identificar dificuldades/potencialidades da pessoa doente e familiar cuidador, e prevenir complicações. A sua avaliação constou em: examinar o nível de consciência, a postura, a tosse voluntária, a qualidade da voz e o controlo da saliva por parte da pessoa.

Muitas vezes foi necessário ajustar o tipo de dieta. De acordo com White, et al. (2008, p. 57), “a evidência apoia a modificação da dieta como sendo a estratégia mais eficaz nos doentes com acidente vascular cerebral...”. O familiar cuidador foi instruído acerca do seu papel na recuperação da AVD - alimentação do seu familiar. Assim, foi orientado para posicionar correctamente a pessoa. Foi instruído a proporcionar um ambiente calmo, a oferecer pequenas quantidades de alimentos e a evitar, quer misturar alimentos de duas consistências, quer a oferecer líquidos pouco espessos, recorrendo ao uso de substâncias espessantes, se necessário. Foi também transmitido ao familiar cuidador a importância da pessoa se alimentar sozinha, não exigindo a rápida aquisição de habilidades ao nível dos movimentos quer de transporte de alimento à boca, quer de mastigação e deglutição. A orientação relativamente a dispositivos de compensação foi uma preocupação, no entanto,

por vezes foi necessário improvisar e conseguir alguns utensílios que se assemelhassem aos originais visto que as dificuldades económicas eram uma realidade constante em alguns contextos de vida. A título de exemplo, enaltece o engrossar dos cabos dos talheres com uma ligadura, naquelas situações em que a motricidade fina se encontrava alterada, tal como ilustra a Figura n.º 4 (Apêndice XIII).

Aproveitar todos os movimentos para reabilitar é a chave do sucesso em todo o processo de recuperação da pessoa com AVC.

Na AVD eliminação teve a oportunidade de realizar treinos vesicais e intestinais visando promover uma eliminação vesical e intestinal eficaz. Relativamente ao treino vesical, instruiu os familiares cuidadores em contexto domiciliário no sentido de restringirem os líquidos a partir das 18h e evitar a ingestão de substâncias estimulantes. Outra técnica instruída, foi antecipar a micção, oferecendo urinol ou levando a pessoa com AVC à casa de banho antes de ser solicitado pela mesma. A principal complicação da eliminação intestinal é a obstipação, por isso a pessoa com AVC e o seu familiar cuidador foram orientados a manter os hábitos de eliminação anteriores, instituindo a dieta rica em fibras, cereais integrais, legumes e estimulação da ingestão hídrica, com cerca de 2litros de líquidos/dia, caso não houvessem contra indicações. Quando necessário foi prescrito pelo clínico laxantes e/ou emolientes. O programa estabelecido teve em consideração ser tão próximo do padrão da pessoa tanto quanto possível. Em contexto hospitalar, realça o significativo benefício do envolvimento e sensibilização dos enfermeiros com formação generalista, na continuidade das actividades referidas, uma vez que sem a sua participação os treinos teriam certamente sido mais difíceis de realizar.

São conhecidos segundo Martins “dois modelos para o desenvolvimento do programa de reabilitação” das pessoas com AVC, um de Jonhstone (1979) e outro de Bobath (1978) em que “os critérios em que assentam ambos os métodos de tratamento são semelhantes, embora variem as técnicas de acordo com as bases teóricas com que abordam o problema do deficiente e/ou os resultados das investigações que têm feito” (2002, p.92). Tendo em consideração o descrito, o programa de enfermagem de reabilitação prescrito para cada pessoa receptora de cuidados visava não só a reabilitação do hemicorpo lesado, como também a reabilitação do hemicorpo menos lesado. Isto porque considera que se deva favorecer a recuperação das funções perdidas e potenciar as remanescentes. Reabilitar uma pessoa com AVC, quer seja numa fase aguda, a nível hospitalar ou numa fase de sequelas, no domicílio, implica promover a sua capacitação para o autocuidado, maximizando assim a sua autonomia, bem-estar e consequentemente a sua qualidade de vida.

A exemplificar o descrito no parágrafo anterior relata o caso do Senhor A., uma pessoa que se encontrava acamada por AVC, em consequência do seu internamento de causa ortopédica (fractura do colo do fémur e posterior desarticulação da anca à direita). A par das mobilizações passivas efectuadas no hemicorpo lesado (à direita), eram solicitadas mobilizações activas com resistências de 1kg no membro superior menos lesado (entenda-se, o esquerdo), e activas assistidas no membro inferior menos lesado. As actividades terapêuticas reportavam-se ao rolamento para ambos os lados, sendo o Senhor A. autónomo na sua realização para o lado lesado, carecendo de ajuda para o lado menos afectado. O facto de o conseguir efectuar, permitia-lhe não só, beneficiar de tal movimento aos níveis osteo articular, circulatório, muscular e respiratório, como também auxiliar a sua esposa aquando da necessidade de lhe prestar cuidados (posicionar, prestar cuidados perineais, trocar o dispositivo de protecção ou a roupa da cama, ...).

Teve a oportunidade de contactar e utilizar diversos dispositivos de compensação e produtos de apoio á prática de enfermagem de reabilitação disponíveis em ambos os contextos em que prestou cuidados especializados. Destaca o bastão para os exercícios de apoio a reeducação funcional respiratória, o espelho quadriculado, a bola suíça, bolas de diversos tamanhos, calçadeira de cabo comprido, apanhador de objectos de cabo comprido, cadeiras de rodas, andarilhos, apoios unilaterais, tripés e quadripé, pedaleira, entre outros, os quais foram amplamente utilizados. Todos os dispositivos de apoio foram adaptados à realidade de cada pessoa e prescritos pelo EEER sempre que se previsse a continuidade da sua utilização. Como nos refere Menoita et al “o Enfermeiro de Reabilitação adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema detectado, recorrendo muitas vezes às Ajudas Técnicas ou Produtos de Apoio” (2012, p.117). No entanto, ainda para estes autores “é importante disponibilizar informação escrita e ensinar o uso dos produtos de apoio, permitindo á pessoa aprender e treinar, de modo a conseguir uma utilização correcta e atingir a funcionalidade na plenitude” (2012, p.118), premissa que teve em consideração durante o EC.

## **2.5 – Interdisciplinaridade como condição para o sucesso do plano terapêutico**

Ao iniciar este subcapítulo torna-se imperioso diferenciar os termos multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar<sup>40</sup> no sentido de proceder a uma reflexão acerca da relação das equipas de saúde onde esteve inserida em EC.

A introdução deste relatório faz alusão ao termo multidisciplinar, tendo sido motivada por Hesbeen para a sua definição. Assim sendo, e de forma sucinta a equipa multidisciplinar corresponde a vários profissionais com especificidades distintas que avaliam a pessoa doente e executam os seus planos de tratamento de forma independente. Logo, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipa. Segundo Spink (2005, p. 60), as equipas com interacção multidisciplinar “acabam por perpetuar a fragmentação do atendimento prestado ao paciente, adoptando uma visão tácita de competências e práticas”. A interacção é interdisciplinar quando os profissionais de saúde discutem entre si aspectos comuns da situação da pessoa, baseados na complementaridade das suas acções (Bucher, 2003; Hesbeen, 2003). O termo transdisciplinaridade acena uma mudança proveniente do caminho científico contemporâneo, adaptado, portanto, aos movimentos sociais actuais (Paúl, 2005). Tenta suprimir uma anomalia aos conceitos anteriores, no sentido em que é mais amplo, mais aberto, ou seja, promove o diálogo e a cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento, bem como reconhece a necessidade de integração da pessoa receptora de cuidados e respectiva família, melhorando o resultado da acção da equipa (porque só desta forma se conhecem todos os ângulos da realidade). A pessoa é entendida como o alvo da atenção de todos os saberes conjugados, complementares e convergentes, face às necessidades sentidas e expressas por si. De acordo com Spink (2003) a visão transdisciplinar permite a apreensão do todo, numa perspectiva sistémica da pessoa, inserida num contexto sócio familiar, em que as competências individuais da equipa, outrora fragmentadas passam a ser articuladas. Perante este facto entende que é necessária a abordagem de uma noção de complexidade proposta por Morin (2000, p.30), que advém do trabalho em equipa, onde é necessário ter em conta as diferenças, as vulnerabilidades dos diferentes elementos que compõem a mesma e apela ao diálogo, para conceber, na sua especificidade, em cada um dos seus níveis, as dimensões físicas, biológicas, espirituais, históricas “daquilo que é humano deixem de ser incomunicáveis”

Foi realizado no Convento da Arrábida, Portugal, em 1994, o primeiro Congresso Mundial sobre Transdisciplinaridade, com o apoio da UNESCO. Nesse encontro foi produzida a Carta da transdisciplinaridade redigida por um comité formado pelo físico

---

<sup>40</sup> Sem que haja a pretensão de se esgotar o tema.

romeno Basarab Nicolescu, o filósofo francês Edgar Morin e o artista plástico e escritor português Lima de Freitas, onde referem que:

a transdisciplinaridade é complementar à aproximação disciplinar: faz emergir, da confrontação das disciplinas, dados novos que as articulam entre si; oferece-nos uma visão da natureza e da realidade. A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa (artigo 3º).

Nesta perspectiva reconhece que o trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde exige dos profissionais um maior envolvimento dos saberes de cada área específica. Considera que as equipas onde esteve inserida durante o EC trabalham de forma multidisciplinar, embora numa tentativa de ampliar a relação da equipa para interdisciplinar, com o intuito de contemplar as necessidades da pessoa com AVC e família. Relativamente à transdisciplinaridade reconhece que presentemente, em contexto prático não se realiza. O EEER ao permanecer mais tempo com a pessoa detém um papel preponderante no seio da equipa. Em parceria com e para a pessoa, forma o elo, o fio condutor, se quisermos, entre a pessoa com AVC/família e a equipa, visando a satisfação das suas necessidades globais, quer integre uma equipa multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar.

O apelo a uma actuação numa perspectiva global é cada vez mais frequente, a qual privilegia a preparação da alta hospitalar no sentido de facilitar a transferência adequada e em tempo útil da pessoa de uma instituição para outra ou para a comunidade. A preparação do regresso ao domicílio exige assim, coordenação com a equipa de Cuidados de Saúde Primários. Este é um aspecto básico para assegurar a continuidade dos cuidados. As suas intervenções enquanto EEER, no hospital ou no domicílio foram sempre desenvolvidas em articulação e complementaridade de funções com as dos outros profissionais inseridos na equipa multidisciplinar, potenciando-se sinergias entre os diferentes cuidados prestados, com o propósito de se obterem os melhores resultados em saúde, numa lógica de “processo de assistência integrado”. Assim, participar de uma forma activa na tomada de decisão da equipa multidisciplinar tornou-se de extrema importância para garantir a promoção da saúde e a prevenção da doença, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação ao longo do internamento e aquando da alta hospitalar.

Nas instituições hospitalares o trabalho em equipa é fundamental, principalmente no serviço de enfermagem onde “o trabalho que cada profissional executa, é a parte que forma o todo, o cuidado ao paciente” (Gindri, Medeiros, Zamberlan, & Costenaro, 2005, p. 37).

Durante o EC na UAVC<sup>41</sup> a tomada de decisão<sup>42</sup> numa fase inicial prendeu-se com a estabilização vital da pessoa. Após esta fase todo o plano de cuidados foi dirigido para o garante da autonomia da pessoa com AVC, bem como na preparação do familiar cuidador para a alta hospitalar. Em contexto comunitário o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação foi traçado tendo em conta as necessidades da pessoa receptora de cuidados e família, bem como as condições habitacionais existentes, com vista á reintegração e recuperação da autonomia da pessoa com AVC no processo transicional saúde-doença. Menoita (2012, p. 39) refere que uma reintegração bem-sucedida da pessoa com incapacidade na comunidade a que pertence implica uma congregação de esforços, tendo em conta diversas variáveis (...) o suporte familiar, o acesso a todos os recursos da comunidade, os recursos financeiros e as barreiras psicossociais pelo que “a equipa interprofissional constitui um recurso primordial à pessoa com incapacidade” (Ibidem). Nos serviços onde foram realizados os EC estava presente o espírito de equipa. Enaltece a comunicação entre os seus membros como um factor facilitador em todo o processo de reabilitação da pessoa doente, pois permitiu estabelecer prioridades e uma tomada de decisão assertiva e eficaz. As equipas com as quais trabalhou eram dinâmicas, criativas, comemorando as vitórias, mas também conseguiam conviver e aceitar com tranquilidade os fracassos.

O seu contributo na tomada de decisão em equipa como EEER esteve relacionada com a continuidade do plano de cuidados, articulando as situações com os profissionais necessários para assegurar a satisfação das necessidades daqueles a quem se dirigiam os seus cuidados, tendo em conta os “3R” mencionados por Hesbeen: a reeducação funcional, a reinserção social e reintegração escolar ou profissional (Hesbeen, 2001). “Decidir é escolher uma ação de entre várias possíveis e dirigida para a resolução de um determinado problema” (Nunes, 2006, p. 8), numa acção autónoma e responsável. A promoção dos cuidados foi prestada de uma forma equitativa e assertiva com a finalidade de rentabilizar os

<sup>41</sup> A permanência da pessoa com AVC na UAVC dá-se por um período de tempo muito curto. A demora média de internamento em 2011 foi de 4 dias, verificando-se o mesmo valor no ano de 2012, de acordo com dados fornecidos pela enfermeira coordenadora da referida unidade.

<sup>42</sup> Em 2003 a OE publica as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, onde são emanadas indicações sobre a tomada de decisão em enfermagem “na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica - *guidelines* - constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2003, p.6). Esta afirmação deixa bastante claro que a tomada de decisão clínica acompanha todo o processo de enfermagem, assim como as acções autónomas e interdependentes.

recursos existentes, e sempre que surgiam dúvidas nalguma decisão a tomar relativamente a procedimentos e técnicas a executar, estas foram amplamente discutidas com os supervisores de estágio. As decisões tomadas foram baseadas, na mais recente evidência científica pesquisada, nos conhecimentos adquiridos ao longo da carreira profissional e da formação académica, e das experiências vividas e tiveram como objectivo ir de encontro às reais necessidades da pessoa cuidada.

Em concordância com Hoeman (2000, p.88), “uma equipa de profissionais com diferentes experiências, personalidades e especializações torna-se coesa através de uma meta e propósitos comuns; o resultado é uma equipa harmoniosamente funcional”, tornando-se imperativo que em contexto hospitalar haja cada vez mais a preocupação com a inclusão da pessoa com AVC e familiar cuidador no processo de cuidados, numa abordagem interdisciplinar, com uma efectiva articulação com o contexto de cuidados ao qual a pessoa regressa, pois como nos referem Almeida, et al (2005, p.26), “a família desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados” pelo que se os cuidados forem centrados na díade pessoa/família, incluídos num planeamento da alta efectivo “constitui um instrumento básico para optimizar a capacidade da família para cuidar e minimizar os efeitos negativos inerentes a um processo de transição” do contexto do internamento para o contexto domiciliário (ibidem).

Ainda neste subcapítulo considerou pertinente descrever as actividades realizadas no âmbito da aquisição de competências pedagógicas, nomeadamente em áreas de relevância para o âmbito da especialidade de enfermagem de reabilitação, enquanto elemento integrante da equipa multidisciplinar. Tendo em conta o referido, definiu um objectivo complementar aos inicialmente traçados, e que consiste em “Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros de cuidados gerais dos serviços onde decorre o EC, contribuindo para a implementação de cuidados de enfermagem seguros, com enfoque na reabilitação da pessoa com AVC”. Para assegurar o cumprimento do mesmo, ao longo do EC participou em actividades de formação, evidenciando o desenvolvimento de competências como formador oportuno em contexto de trabalho, sendo suportada esta dimensão em apêndice (Apêndice XIV).



## **2.6 - Intervenção educacional: um instrumento para a aquisição de conhecimentos e garantia da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.**

Os enfermeiros, enquanto educadores em saúde, deverão estar conscientes que a família constitui uma instituição de carácter permanente, enquanto o internamento “representa uma situação temporária na vida do paciente” (Andrade, et al 2009, p.42). A orientação torna-se portanto essencial, “tendo em vista a capacitação das famílias para cuidá-lo”, (Ibidem) principalmente nas patologias que requerem um longo período de reabilitação, como é o caso das pessoas com AVC

O acompanhamento de pessoas com AVC e familiares cuidadores no contexto domiciliário permitiu-lhe detectar quais as principais dificuldades que estes apresentavam aquando do seu regresso a casa, prendendo-se a maioria com as AVD's relacionadas com a alteração da mobilidade. Este facto permitiu-lhe tomar consciência da pertinência de uma intervenção atempada de enfermagem de reabilitação ainda em contexto hospitalar, visando a promoção da mobilidade da pessoa com AVC e a capacitação dos familiares, parecendo-lhe ir ao encontro do já referido estudo de Perlini & Faro. Neste, as actividades destacadas como as mais realizadas no domicílio pelos 35 familiares cuidadores da amostra, foram: “vestir o paciente ou auxilia-lo a trocar de roupa” mencionada por “33 (97,1%) dos cuidadores”, associada a alteração da função motora e/ou sensorial, manifestada por hemiplegia, hemiparesia ou parestesia; “auxiliar na deambulação” sendo “referido por 23 (67,6%) dos cuidadores” como uma das actividades frequentes no seu dia-a-dia, bem como a realização pelos cuidadores, de exercícios físicos activos e passivos ou a estimulação para que a pessoa os realize, mencionada por “20 (58,8%) cuidadores”. Outra actividade realizada é a prestação de cuidados de higiene e conforto, em que os cuidadores referem que os familiares dependentes “apresentam dificuldades principalmente para lavar os cabelos, algumas partes do corpo e realizar a higiene oral” (2005, pp.159-160). Alguns cuidadores relatam ainda a grande dificuldade da realização da higiene no chuveiro “o que torna o banho uma actividade mais difícil de ser executada sem ajuda” principalmente em pessoas muito dependentes ou pouco colaborantes (ibidem, p.160).

Destaca o processo educativo como uma das principais intervenções realizadas em EC, junto da pessoa com AVC e seus familiares cuidadores, a par de todo um treino motor, de AVD's, com vista à promoção da maior autonomia possível dos dois protagonistas. Na UAVC, e numa fase inicial (concomitantemente à admissão da pessoa com AVC) é facultado ao familiar cuidador o “Manual do cuidador do doente com AVC”, que aborda os

pontos-chave do processo de preparação para a alta, pois de acordo com Petronilho (2007, p. 159) a informação escrita “contribui para melhorar os seus conhecimentos e capacidades e responder, assim de forma adequada aos desafios de saúde em contexto familiar. A informação escrita constitui, também, um recurso valioso para clarificar algumas dúvidas que possam surgir enquanto estão sozinhos”. É dado enfoque aos pontos 5, 13 e 16 do Manual, que correspondem respectivamente a; Como prevenir o AVC?, Como ajudar na reabilitação da pessoa que sofreu um AVC? E, como prevenir quedas em casa? É também cedida informação relativa a mudança de hábitos de vida, a adesão ao regime terapêutico e consciencialização da magnitude da doença.

Ao contrário do que se verifica em muitos contextos de cuidados, tendo em conta a sua experiência profissional, foi com agrado que constatou o contributo do EEER da UAVC, na gestão e optimização da relação de prestação de cuidados, tanto para a pessoa dependente como para o seu familiar cuidador, com o intuito de promover um adequado proveito do cuidar no domicílio, ao qual deu continuidade durante o período de EC. No Código Deontológico do Enfermeiro, o artigo 89º - Da humanização dos cuidados, na alínea b), clarifica o dever do enfermeiro de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 141). Com isto em mente, foi sua “preocupação” promover a autonomia da pessoa e familiar cuidador. Cada pequeno progresso foi valorizado! E os mais pequenos resultados foram acolhidos como grandes êxitos. Tomou consciência de que as verdades escritas nos livros, não têm a mesma intensidade ao serem ouvidas num discurso efectuado na primeira pessoa. Em conversas informais, ouviu histórias de vida, difíceis de aceitar pelas pessoas receptoras de cuidados e até mesmo por si, de luta e de persistência, de muitas perdas e alguns ganhos... histórias que precisavam de ser partilhadas, ouvidas e sentidas.

Aquando da entrega do referido Manual, era negociado com a pessoa com AVC e família o plano de intervenção individual a implementar durante o internamento hospitalar, ficando agendada uma reunião com o objectivo de dotar os familiares cuidadores de competências e conhecimentos que lhes permitissem ajudar o seu familiar dependente. Durante o programa educativo, composto por uma componente teórica e outra prática, eram facultadas sessões de educação para a saúde, de cerca de 30 a 40 m, a cada familiar individualmente, cujo cenário de ensino decorria na unidade da pessoa doente. Os ensinamentos foram programados, sistematizados e realizados envolvendo os familiares cuidadores numa participação activa, sendo que o processo ensino-aprendizagem incidia em três momentos distintos: ensinar, instruir e treinar. De acordo com a *International Council of Nurses ICN/CIFE*, versão 1.0, aqueles tipos de acção definem-se da seguinte forma: “ensinar –

acção de informar com as características específicas: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (...), “instruir – acção de ensinar com as características específicas: fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa” (...), e “treinar – acção de instruir com as características específicas: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa (2006, p. 137).

Assim, o primeiro momento educacional compreendia a cedência de informações, apenas com base, numa componente teórica; um segundo momento, em que o enfermeiro comportando-se como um modelo e o cuidador como observador, centrava-se na explicação e demonstração de técnicas; e o terceiro momento em que o cuidador executava as intervenções a realizar e o enfermeiro supervisionava e esclarecia dúvidas.

De forma a validar a eficácia dos ensinios realizados em contexto hospitalar, esclarecer dúvidas sobre aspectos que não tivessem sido trabalhados no decorrer do internamento e registar sugestões, foi realizado o *follow – up* através de uma consulta telefónica, como intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC e família, sete dias após a alta hospitalar. Importa referir que os familiares cuidadores tinham conhecimento prévio da realização do *follow-up*. A consulta telefónica consistia na realização de uma entrevista semi estruturada, tendo por base um instrumento de recolha de dados<sup>43</sup> (Anexo II). Teve a oportunidade de realizar o *follow-up* a 10 (71%) dos 14 familiares cuidadores, que estiveram em função dos seus cuidados/processo educativo durante o internamento da pessoa com AVC. Os quatro restantes familiares (29%) não atenderam o telefone, mesmo após nova tentativa de contacto em dias consequentes.

Ao analisar as opiniões dos inquiridos face ao papel dos ensinios como meio de apoio à melhoria da prestação dos cuidados à pessoa com AVC no domicílio, verificou que todos eles referiram ser “*bastante importantes*” e “*muito úteis*”.

Considera que estes testemunhos são motivadores, para os EEER, em especial para o da UAVC, no sentido de continuar a dedicar-se a uma área de intervenção voltada para o suporte da alta hospitalar, aliviando o processo de sofrimento, medo, dúvidas e angústias dos familiares cuidadores ao serem confrontados com um papel para o qual não se encontram de todo preparados.

Em ambos os contextos de cuidados, constatou que a educação, o treino, a informação, a providência e orientação de ajudas técnicas e a rede social de apoio quando bem articulados, promovem a autoconfiança da pessoa e do seu cuidador, ajudando a tornarem-se mais confiantes e a maximizar o seu próprio desempenho nas AVD's. De

---

<sup>43</sup> Documento implementado no serviço, em Outubro de 2012, resultado do trabalho académico de uma aluna do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação de uma das Escolas de Enfermagem a nível Nacional.

acordo com (UMRNCCI, 2007, p. 27), “à medida que a confiança aumenta os doentes/familiares tornam-se mais activos e mais interessados em se auto cuidarem”. Procurou estimular a pessoa em situação de dependência a fazer tudo o que lhe fosse possível, fornecendo a ajuda e o apoio necessário, educando o familiar cuidador nesta filosofia de actuação. Ainda de acordo com a UMRNCCI, “os cuidadores devem respeitar sempre o princípio de que a ajuda a prestar deve ser a necessária no respeito pelo direito que o outro tem de tomar decisões acerca de si próprio.” (ibidem, p. 30). Constatou que o familiar cuidador só quando integrado em todo o processo de reabilitação, não tende a substituir a pessoa cuidada. Este é um factor crucial no percurso da reabilitação em contexto domiciliário no sentido da maximização da capacidade funcional da pessoa doente.

A observação sugere que o treino e a repetição de exercícios músculo articulares, bem como todas as actividades domésticas do contexto de vida das pessoas, passíveis de funcionarem como processo de reabilitação, constituíram formas muito positivas de recuperação no domicílio, tal como ilustrado nas figuras n.º 5 e n.º 6 (Apêndice XV) (destaca a título de exemplo, actividades de participação na vida familiar/doméstica, tais como, estender a roupa, engraxar sapatos, mudar atacadores dos ténis dos netos, lavar o chão), promovendo motivação na pessoa dependente e no seu familiar cuidador.

De acordo com Meleis (1997), transição significa uma mudança na condição de saúde, nas relações, expectativas ou habilidades, impondo que a pessoa com AVC e o seu familiar cuidador integrem novos conhecimentos, alterem comportamentos e se adaptem a um contexto social de acordo com as limitações decorrentes da actual condição de saúde, na perspectiva do seu projecto de vida. O sentido que a pessoa procura, é que será orientador da acção do EEER. A OE (2001, p. 7) a este respeito refere inclusivamente que “a pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado (...) pelos outros”. Em suma, o EEER deverá agir como parceiro em prole do “fazer com” a pessoa e a família e não como detentor de poder dirigido “para”, “reconhecendo em absoluto a singularidade do seu ser.” (Hesbeen, 2003, p.55).

### **3. PROCESSO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: UMA COMPLEMENTARIDADE NA COMPREENSÃO DA PESSOA COM AVC**

A fase aguda do AVC obriga ao internamento hospitalar, sendo que “a prevenção e o tratamento precoce de complicações agudas (...) são uma prioridade” (Martins, 2006, p.27). Hoeman (2000) descreve a primeira semana como o período mais propenso à ocorrência de um novo AVC ou ao desenvolvimento de complicações, tornando-se imperativa a monitorização do estado neurológico, cardíaco e pulmonar, associadas muitas vezes à alteração da mobilidade decorrente do AVC. Como tal, para Martins (2006), um programa de reabilitação com o seu início 48 a 72 horas após a instalação do evento é imprescindível tendo em vista a prevenção de complicações respiratórias, com realização de RFR, aspiração de secreções quando necessário, mobilização essencialmente do membro com plégia, treino de equilíbrio e da alimentação.

Para Ferro (2006, p. 85) “algumas medidas simples podem prevenir as complicações mais frequentes no doente com AVC agudo, tais como, testar a capacidade de deglutição como forma de prevenir as pneumonias de aspiração, ou mobilizar a pessoa para prevenir as trombozes venosas e a embolia pulmonar”. Visando a compreensão da patologia respiratória como co morbilidade decorrente do AVC e a aquisição de competências específicas noutras áreas de intervenção, conduzindo assim à obtenção do grau de especialista, a prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com patologia respiratória constituiu-se como essencial, tendo realizado uma incursão de 4 semanas num contexto de cuidados que permitisse tais conhecimentos. Desta feita, e em conjunto com a sua intervenção na pessoa com AVC, prestou cuidados especializados a um vasto leque de pessoas com as mais diversas patologias no primeiro módulo do EC, das quais se destacam a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; a Asma; o Derrame Pleural; o Pneumotórax; a Atelectasia e as Pneumonias, o que lhe permitiu aprofundar, consolidar e adquirir novos conhecimentos. Teve a oportunidade de planear estratégias de intervenção de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e familiar cuidador e implementar os respectivos planos de intervenção individualizados. Nesta perspectiva, elaborou uma reflexão, materializada no Registo de Aprendizagem e dois planos de cuidados (Apêndice Va)), que reflectem todo o percurso de reabilitação neste contexto de cuidados, realizado num serviço de NC.

## **4. UM PERCURSO INESQUECÍVEL: REFLEXÃO FINAL**

Concluir um trabalho gera sem dúvida alguma ambivalência de sentimentos. Se por um lado somos bafejados pela agradável sensação de missão cumprida, de objectivo atingido, por outro, ficamos com a noção de que ainda existe muito por fazer e que esta conclusão não é mais do que o início de um longo percurso, que se espera produtivo tendo em vista a plena participação das famílias nos cuidados após a ocorrência de um AVC, qualquer que seja o contexto de cuidados onde nos inserimos.

Cada um dos módulos de estágio que compuseram o EC (serviço de NC, ECCI e UAVC/Serviço de Neurologia) permitiram desenvolver não só as competências comuns previstas pela OE para os Enfermeiros Especialistas, mas também, e sobretudo, as competências específicas do EEER. Além disso, ao irem ao encontro do traçado inicialmente previsto, revelaram-se como campos complementares no desenvolvimento dessas competências, conduzindo a um estágio superior de crescimento pessoal e profissional face ao leque de experiências e aprendizagens que, no seu conjunto, lhe proporcionaram. Diversos sentimentos (apreensão e receios) tornaram-se presentes aquando do início do EC. Surgiram também alguns momentos de inquietação e de dúvida. Porém, todos estes sentimentos foram gradualmente colmatados graças, por um lado, à atenção dispensada por todos os profissionais envolvidos, e por outro, ao seu esforço, dedicação e motivação.

A singularidade do contexto domiciliário constituiu-se uma experiência enriquecedora no que concerne ao exercício da enfermagem de reabilitação, permitindo a seguinte perspectiva: os EEER vão ao encontro da realidade da pessoa com AVC e seu familiar cuidador, percebem-na no seu meio e são capazes de orientar o ensino e a sua intervenção em função das reais necessidades e potencialidades, muitas vezes camufladas em contexto hospitalar. É uma experiência para integrar no saber em enfermagem, “quando recebemos a pessoa doente no hospital, recebemos apenas uma parte dela e a pessoa é o todo e a sua realidade”.

Já no mundo hospitalar, onde a pessoa com AVC e a equipa de saúde são os grandes protagonistas, a família vem paulatinamente a demarcar o seu lugar, a conquistar um espaço que a cada dia se amplia no sentido do seu reconhecimento como especialistas

na transição saúde/doença do seu familiar. Ao envolver, durante o internamento a família no processo de reabilitação da pessoa com AVC, o EEER interioriza o papel de agente facilitador da transição doença/saúde, num trabalho de plena parceria e colaboração, isto é, na assunção da nova identidade – cuidador, e na gestão dos diferentes papéis desempenhados. Aquilo que o EEER ensina durante o internamento, deve ser coerente com o contexto social e cultural das pessoas e das suas famílias, e o seu principal objectivo é preparar os familiares cuidadores, ajudando-os a interiorizar competências para o cuidado informal tendo em vista a continuidade dos cuidados no domicílio. Este facto poderá fazer a diferença entre a passagem de uma transição bem ou mal sucedida. Para além disso, considera que, a importância da intervenção educacional do EEER não se esgota na promoção da mobilidade e consequentemente da independência da pessoa com AVC, mas desempenha também um papel fundamental na prevenção de reinternamentos e na promoção da qualidade de vida.

A observação sugere que existe uma inadequada preparação da pessoa e dos seus familiares cuidadores para o regresso a casa após a ocorrência de um AVC. As pessoas a quem prestou cuidados, em contexto domiciliário, revelam não terem recebido formação suficiente, no decorrer do internamento, facilitadora da assunção da nova identidade, o que se traduzia numa vivência caracterizada pela insegurança, tristeza e ansiedade, numa fase inicial, de acordo com os seus testemunhos. Por outro lado, quando eram desenvolvidas estratégias de educação para a saúde, em contexto de internamento, desde que planeadas em tempo útil, as pessoas evidenciavam indicadores da vivência saudável da transição, tornando-se proactivas em todo o processo de reabilitação.

Compreendeu que em ambos os contextos o EEER está numa posição privilegiada de relação com a pessoa cuidada e família, sendo um profissional cujo trabalho se concretiza na procura da qualidade de vida, da autonomia e independência, na recuperação funcional, na reinserção familiar e social. A sua formação permite-lhe desenvolver competências técnicas e relacionais, reconhecendo que a transição saúde/doença mais do que um processo singular é uma experiência que se vive melhor em família. Desta feita, pode ser compreendido na perspectiva de Hoeman (2000, p. 20) que o denomina de agente de mudança, como um profissional “que concede ao doente e família, as faculdades de conhecimento, concepção e avaliação das opções, de planeamento conjunto das estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adoptar para alcançar resultados” de vivência saudável, tendo em conta a transição que experienciam. Foi igualmente gratificante compreender o papel do EEER no seio das equipas multidisciplinares onde esteve inserida, bem como o impacto e visibilidade da sua excelente intervenção na vida da pessoa com



AVC e respectivo familiar cuidador. A envolvimento dos vários profissionais da equipa permite um apoio alargado às múltiplas necessidades da pessoa e seus familiares cuidadores, sendo evidente o benefício de reuniões periódicas com participação desses elementos, nomeadamente do EEER, para discussão dos planos de cuidados e para a promoção da reflexão *na e sobre a acção*.

Os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares da vertente teórica do curso de Mestrado, assim como a análise e reflexão sobre a pesquisa bibliográfica efectuada e a sua experiência profissional constituíram a base das diferentes tomadas de decisão, conduzindo à mudança de algumas práticas no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Como em qualquer percurso que se faça, facilmente se encontram “obstáculos”, também na realização deste trabalho encontrou constrangimentos e limitações, e assume terem ocorrido alguns momentos de crise, associados sobretudo à dificuldade em conciliar a vida familiar, profissional e académica, às diversas responsabilidades implícitas em cada uma delas, e à impossibilidade de concretizar todas as actividades desejadas pelo limite temporal a que estava sujeita. No entanto, esses “obstáculos” ajudaram-na a crescer, em toda a esfera da sua vida, obrigando-a a definir prioridades e estratégias para os ultrapassar. Face a isto e reflectindo, considera que os aspectos positivos, em conjunto com as dificuldades sentidas, operaram em si uma transformação, renovando-a de conhecimento que lhe confere uma tranquilidade e sensação de segurança na qualidade do seu desempenho face aos complexos desafios com que se irá deparar no dia-a-dia da sua prática profissional. Salienta, como aspectos facilitadores da consecução do EC e deste relatório, o espírito de entreaajuda entre todos os intervenientes no processo, bem como a considerável receptividade e disponibilidade de todos os que se cruzaram no seu caminho. Considera portanto, que os resultados de aprendizagem propostos foram alcançados e os obstáculos que surgiram foram ultrapassados.

Uma das dificuldades prementes na elaboração deste relatório, que pretende ser o reflexo do trajecto realizado no decorrer do EC, relacionou-se com a melhor forma de redigi-lo para atingir o objectivo a que se destina. Neste campo, a orientação pedagógica da Docente Vanda Marques Pinto, revelou-se de extrema importância, tanto pelas suas competências profissionais, como pelo apoio e incentivo em todo o percurso de aprendizagem, constituindo um pilar fundamental em todo o processo.

Efectuando um balanço final, parece-lhe que, ao longo do relatório, foi capaz de fundamentar as competências desenvolvidas na área de actuação do EEER, evidenciando o pensamento crítico e reflexivo, apresentando uma argumentação consistente da análise

efectuada. Esta contribuiu para a visibilidade da Enfermagem, fundamentada através da aquisição de competências, que permitem distinguir-se pela excelência dos cuidados. Está consciente que é com o treino que se ganha perícia, e com esta que se atinge a excelência, objectivo final de qualquer profissional dedicado, pelo que irá aplicar todos os conhecimentos e aprendizagens adquiridas nos contextos de EC, enquanto EEER. E ainda, remetendo-se para a excelência da arte de cuidar, menciona a Lei de Kaizen<sup>44</sup> *“Hoje melhor do que ontem, amanhã melhor do que hoje!”*, que nos impulsiona para um processo de melhoria contínua, conquistada pelo saber, saber fazer e saber ser, através da aquisição de competências científicas, técnicas e humanas.

Concluir esta especialização transporta-a para a agradável sensação e compensação de ver materializado algo que um dia lhe pareceu um sonho, tão distante e difícil de concretizar, bem como para um entusiasmo renovado e contínuo pela melhoria da qualidade dos cuidados.

Futuramente tem a intenção de publicar um artigo sobre a temática abordada, na revista de enfermagem do hospital onde desempenha a sua actividade profissional, promovendo a reflexão sobre as práticas de Enfermagem, contribuindo, deste modo, para uma conduta profissional mais centrada na pessoa com AVC e respectiva família.

A Conferência por si prelectada na instituição onde decorreu o último módulo do EC revelou-se uma mais-valia na garantia da continuidade dos cuidados às pessoas com AVC após a alta hospitalar, por parte da EEER do contexto comunitário, dado ter sido convidada a fazer parte integrante do GIRO. Este facto permitirá o estabelecimento de uma efectiva comunicação entre as duas instituições, e uma intervenção mútua, que promova o sucesso do processo de reabilitação da pessoa com AVC, dando assim resposta a uma das lacunas detectadas em EC e que se reportava à não articulação entre o EEER da UAVC e o EEER do contexto comunitário.

Revela ainda, que na sequência do último contexto de EC, passou também a fazer parte daquele grupo, enquanto profissional de saúde daquela instituição e futura EEER, onde deseja prosseguir a reflexão crítica acerca do papel e da condição dos familiares cuidadores das pessoas com AVC.

A principal implicação que podemos tirar deste percurso para a prática dos profissionais de saúde, em especial para os EEER é o reforço da ideia de que é fundamental centrar os cuidados não apenas na pessoa com AVC, mas também no familiar cuidador, uma vez que o bem-estar de um depende do bem-estar do outro.

---

<sup>44</sup> Conceito desenvolvido nos anos 50 no Japão, apoiado na premissa do aprimoramento contínuo individual e/ou colectivo, com vista à obtenção de resultados positivos.

Não obstante a sua consciência das limitações deste relatório, a sua persuasão é também que o mesmo possibilite avançar para investigações futuras, com diferentes metodologias de investigação, com o propósito de se obter um estudo mais aprofundado sobre a mesma área problemática, possibilitando o conhecimento daí decorrente, a optimização e adequação da actuação de Enfermagem junto desta população com necessidades específicas.

De referir, que este relatório não foi redigido ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico, por opção da discente. Gostaria ainda de salientar como constrangimento, que excedeu o limite de páginas definido para a elaboração deste trabalho, contudo, considera que o mesmo não se revelaria tão enriquecedor a nível pessoal e profissional se não o fizesse de forma tão detalhada.

Como nota final, a todos aqueles que a acompanharam neste longo percurso e que tornaram possível o desenvolvimento de competências, quer deixar aqui o seu mais profundo agradecimento.

A todos o seu muito obrigado...

...foi de facto um percurso inesquecível!

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I., Tavares, J. (2003) – *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN: 978-972-40-1852-2.
- Alarcão, M. (2006) – *(Des)Equilíbrios Familiares*. 3.ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.
- Almeida, A. et al (2005) – Transição do Doente dependente para a família. In: *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844.Nº 62 (Setembro 2005). P. 26-31.
- Anderson, T., P. (1994) - Reabilitação de pacientes com derrame cerebral completo. In Kottke, F., J., Lehmann, J. F. - *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. 4.ª ed. São Paulo: Manile, 1994, v.1, pp. 649-699.
- Andrade, C. (2009) - Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Volume 13, nº 1. 1º semestre.
- Andrade, F. (2009). - *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Minho. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, área de especialização em Educação para a Saúde apresentada na Universidade do Minho.
- Aquino, R. (2007) – *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no trabalho (EVENT): evidência de validade*. Itatiba: [s.n.]. Dissertação ao grau de Mestre em Psicologia à Universidade de São Francisco. 143 pp
- Araújo, I. Paúl, C.; Martins, M. (2008).- Cuidar das famílias com idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista Referência*. II.ª Série, nº7. (Outubro 2008). P. 43-53.
- Araújo, I., Paúl, C., Martins, M. (2009) - Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desafios de quem cuida. *Ciência e Cuidados de Saúde*. (Abril/Junho 2009), pp.191-197.

- Azeredo, Z., Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Lisboa. Julho/Agosto de 2003. P. 199-204.
- Benner, P.- (2001) – *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- Bettencourt, A., et al (2007). Aprendendo o cuidado de enfermagem – entre a prática e a escrita a construção da competência clínica. In *Cuidar da família que cuida*. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Lisboa.
- Bocchi, S., Cristina M. (2004). O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. (Set/Out 2004). 57 (5). p. 569-573.
- Bolander, V., Sorensen & Luckmann. (1998). *Enfermagem fundamental. Abordagem psicofisiológica*. 1ª. Ed, Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-9661-6-5-1963p.
- Borella, M. Sacchelli, T. (2009) - Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociência*. 2009;17(2): 161-169.
- Buccino G., et al (2004a). Neural circuits involved in the recognition of actions performed by nonconspecifics: an FMRI study. In: Cogn, J. *Neurosci*, vol.16, n.º 1, pp. 114-126.
- Buccino G., et al (2004b). Neural circuits underlying imitation learning of hand actions: an event related FMRI study. In: *Neuron*, vol. N.º 42, pp. 323-334.
- Bucher, J. (2003). Psicologia da saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp. 213-239). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cabete, D. (2012) – *Jornal de aprendizagem: Conceito e utilização* (documento policopiado). Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20, 385-394
- Carvalhido, T., Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um AVC. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. (Junho de 2009) p. 140-150.

- Cavaco, A., Várzea, D. (2010). Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010. 28 (2):179-186
- Chiavenato, I. (2000) – *Introdução à Teoria Geral de Administração*. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas
- CIPE (2001) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Beta 2. 2.ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 228 pp.
- Congresso da Ordem dos Enfermeiros: “O Enfermeiro e o Cidadão” – Compromisso (d)e proximidade. Acedido em 14/04/2013
- Conselho de Enfermagem (2001) - *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, A., et al. (2010) - Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pessoa acometidos por acidente vascular encefálico. *Revista de Escola Enfermagem*. Brasil USP. Vol. 44, nº 3. P.753-758.
- Costa, M. A. (2002): Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros. Coimbra. Formasau.
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3 (2), 127-136.
- Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 parágrafo 5. Disponível em: Decreto-lei n.º111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República 1.ª série* n.º 180/2009 —. 6528-6550. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto. *Diário da República I Série*, nº 152/2006. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República*, n.º 180/2009 - 1.ª série. 6528-6550. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa

- Decreto-Lei nº 437/1991 de 8 de Novembro. *Diário da Republica I Série - A*, nº 257/1991 -. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Dias, J. (2004) *Formadores: Que Desempenho*. Loures: Lusociência, Loures, 2004. ISBN 972-8383-75-4.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (2012) – Dicionários Modernos: Edição com Acordo ortográfico. Porto: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-01496-2.
- Direcção Geral da Saúde. (2010) - *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-661-6.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003) – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde- OMS. 222 (disponível em: <http://arquivo.es.e.ips.pt/es/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>, acedido a 14 de Junho de 2012)
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde – *Circular Normativa n.º 4/DSPCS*, 2000-01-28. Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados.
- Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento (2001) - *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - 28 p. ISBN: 972-9425-97-3.
- Drummond, K.; Pierce, L.; Steiner, V.; Hicks, B. (2007) – Young females' perceived experience of caring for husbands with stroke [em linha]. Online *Journal of Nursing Informatics*. 11 (2). Acedido em 2012-06-25. Disponível em: [http://ojni.org/11\\_2/drummond.htm](http://ojni.org/11_2/drummond.htm)
- Estrela, E., Soares, M. A. Leitão, M., J. (2006) – *Saber escrever: uma tese e outros textos*. 2ª ed. Lisboa: Dom Quixote. ISBN: 972-20-3173-2.
- European Stroke Organization - ESO - Stroke facts [em linha]. Acedido em 2012-06-25. Disponível em: [http://www.eso-stroke.org/stroke\\_facts.php?Cid=5](http://www.eso-stroke.org/stroke_facts.php?Cid=5)
- European Stroke Initiative (2003) - EUSI European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*. 16. (2003).p. 311-337.



- Falcão, et al (2004) – Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*. Recife. 4 (1). (Jan./Mar.2004). P.95-102.
- Ferreira, M., DIAS, M. (2005) – *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência. 2005. 142 p. ISBN 972-8930-O4-6.
- Ferro, J. (2006) – Acidentes vasculares cerebrais. In: Ferro, J., Pimentel, J. *Neurologia: Princípios, diagnósticos e tratamento*. Lisboa Lidel: Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-368-4.p.77-87.
- Fortin, M., F. (1999) – *O processo de investigação*. Loures: Edições Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- Frederico, M.; Leitão, M. (1999) – *Princípios de administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 1999. 193 p. ISBN 972-8485-09-3.
- Gândara, M. (Coordenador da Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação) (2012). *Estágio com Relatório*. Documento Orientador. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gindri, L., Medeiros, H. M., Zamberlan, C., & Costenaro, R. G. (Jan/abril de 2005). A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. *Cogitare enfermagem*, pp. 10 (1): 34-41.
- Godinho, N. (2012) – *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA*. Lisboa: Centro de documentação.
- Gonçalves, R.L. (2010) – *Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares*. Porto. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Hartman-Maier, et al (2007) - Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 7 (29) pp. 559-566
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-13-Y.

Hesbeen, W. (2003) - *A Reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-43-6.

Hesbeen, W. (2010) - *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5.

Hoeman, S. (2000) – *Enfermagem de Reabilitação - processo e aplicação*. Loures: Lusociência, ISBN 972- 8383-13-4.

Hoeman, S. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-31-4.

[http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl\\_163\\_2006.htm](http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl_163_2006.htm)

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/conselhoenfermagem.aspx>

<http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/iicongpptcm.pdf>

[http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S0103-166X2007000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S0103-166X2007000100010&script=sci_arttext)

[http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S010412902005000300005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S010412902005000300005&script=sci_abstract&tlng=pt)

Iliffe, J. (2010) – Autonomia Profissional Em Enfermagem. *Cuid'Arte*. ISSN 1646-7175. Ano 4. Nº 7 (Novembro 2010), p. 7-12.

Instituto Nacional de Estatística (2011) - *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. Lisboa. INE. ISSN:2182-4215.

International Council of Nurses - ICN (2006) – *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE) – versão 1.0. Genebra. 210 p. ISBN:92-95040-36-8.

International Council of Nurses (1999). *Position statement on nursing research*. Genève.

Jackson, D., et al. (2002) - Development of an integrated care pathway for the management of hemiplegic shoulder pain. *Disability And Rehabilitation*. Vol. 24, nº7. p. 390-398.

Jesus, C. Silva, C., Andrade, F. (2005) - Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. In: *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-0844. nº 59 (Março 2005). P.25-28

Johansson, A., & Johansson, U. (2009) - Relatives' experiences of family members' eating difficulties. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*. 16 (1). p. 25-32.

- Johnstone, M. (1979) – *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. São Paulo, Brasil: Editora Manole Ltda
- Johnstone, M. (1986) – *Tratamento domiciliar do doente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema*. São Paulo: Atheneu.
- Jonsson, A., et al (2005) – Determinants of Quality of Live in Stroke Survivors and their Informal Caregivers. [em linha]. *AHA Journals*. Volume 36. Pp.803-808. Acedido em 2012-06-25. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/4/803.full.pdf+html>
- Kalra, et al – (2004) – Training carers of stroke patients: randomized controlled. *British Medical Journal*. Volume 328. (May 2004). p.1-5.
- Kernich, C.A.; Robb G. (1988) – Development of a stroke family support and education program. *Journal of Neuroscience Nursing*. Jun. 20, (3).p. 193-197.
- Kérrouac, S., et al. (1996) – *El pensamiento enfermo*. Barcelona, Masson, S.A.
- Lage, M. S. (2007) – *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 424 pp.
- Landefeld, M.D., Palmer, M.D., Kresevic, M.S.N., Fortinsky, Ph.D. & Kowal, M.D.(1995). A Randomized Trial of Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve the Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients. *The New England Journal of Medicine*. 332 (20), 1338-1344.
- Landi, et al. (2006). Effects of an Occupational Therapy Program on Functional. In Hartman-Maeir, et al. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 7 (29) p. 559-566
- Leal, F. (2001) - Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral. In Padilha, A., et al - *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN: 972- 8485-18-2. p.129-151.
- Lemos, N., Medeiros, S. L. (2002) – Suporte social ao idoso dependente. In: Cançado, F., et al – *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 9788527707497.Cap. 107.

- Lenon, S. (2003). Physiotherapy practice in stroke rehabilitation, a survey. *Disability and rehabilitation*. Vol.25, p. – 455-461.
- Lohne, V., Severinsson, E. (2006). The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 315-323
- Lopes, M. J. (2006) – *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau, 2006. 368 p. ISBN 972-8485-6-X.
- Macêdo, K., et al (2006) – Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente. *Investigación y educación en Enfermería – Medellín*. Vol XXIV, nº1 (Março 2006), p. 79-85.
- Marques, S. (2007) – *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau. 185 p. ISBN 972-8485-78-6.
- Martins, M. (2004) – *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-30-1.
- Martins, T. (2006) – *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Editora Formasau. ISBN: 972-8485-65-4.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. *Springer Publishing Company*. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A., Sawyer, L., E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances In Nursing Science*. 23 (1). (2000). p.12-28.
- Mendes, A., Bastos, F.; & Paiva, A (2010) - A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº2. (Dezembro 2010 ), p. 7-16.
- Menoita, E., et al (2012) – *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente*. Lisboa: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-78-3.

- Ministério da Saúde (2004) – *Circular Informativa. N.º12/DSPCS. 2004-04-19. Planeamento da alta do doente com AVC* [em linha]. Acedido em 2012-07-14. Disponível em <http://servicosociaisau.de.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>
- Ministério da Saúde (2007) – *Morbilidade Hospitalar. Serviço Nacional de Saúde 2004-2005* [em linha]. Direcção Geral de Saúde. Lisboa. Acedido: 2012-07-02. Disponível em: [http://www.saudinha.com//parcerias/publicacoes/estatistica/morbilidade\\_hospitalar\\_2004\\_2005.pdf](http://www.saudinha.com//parcerias/publicacoes/estatistica/morbilidade_hospitalar_2004_2005.pdf)
- Moreira, et al (2010) - Carer of client with stroke: association to nursing diagnoses. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol.12, nº3, pp. 425-430.
- Moreira, I. B. (2001) – *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência do cuidar vivenciado pela família*. Coimbra: Formasau.
- Morin, E. (2000) - *A inteligência da complexidade*. 2ed. São Paulo: Petrópolis, 2000.
- National Institute of Health (2010) - *National Institute of Health Stroke Scale International*. United States of America. [em linha]. Acedido em Novembro 2012. Disponível em <http://www.nihstroke.org/portuguese.shtml>
- National Stroke Association – *Rehabilitation Therapy after Stroke* [em linha]. Acedido em 2012-07-14. Disponível em <http://www.stroke.org/site/pageserver?Pagename=REHABT>
- Navarro, M., F. (1995) – Educação para a saúde e profissionais da saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN – 0870-9205. 13 (4). (Outubro-Dezembro 1995), p.77-83.
- Nogueira, J. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento. ISBN: 978-972-704-348-4.
- Nogueira, J. D., Henriques, I. L., Gomes, A. F., & Leitão, A. L. (2007) - *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Nunes, I. (2003) – Ser enfermeiro nos dias de hoje – um desafio exigente. *Nursing*. Lisboa: Edirevistas. ISSN 0871-6196. N.º 178 (Junho 2003), p. 42.

- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *II Congresso Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1-12). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L.; Amaral, M & Gonçalves, (2005) – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.
- Oliveira, A., Queirós, C., & Guerra, P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Conselho Jurisdicional - *Parecer CJ/20 – 2001* [em linha]. 2001-05-14. Parecer sobre Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Portugal. Acedido em: 2013-04-16.: Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2006) - II Congresso: um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências. 2006. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem* (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Parecer 72/2008*. Avaliação Diagnóstica em Enfermagem com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos que a suportem.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - *Parecer n.º12/2011* [em linha]. 2010-09-18. Parecer sobre Actividades de vida diária. Portugal. Acedido em 2012-06-12. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_actividadesvidadiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_actividadesvidadiaria_AVD.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2010). Conselho de Enfermagem - *Parecer n.º267/2010* [em linha]. 2010-03-11. Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento actual. Portugal. Acedido em 2012-04-08. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt);
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Obtido em 15, Fevereiro, 2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacao/regulamentocompetenciasreabilitacao\\_aprovadoag20nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacao/regulamentocompetenciasreabilitacao_aprovadoag20nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Conselho de Enfermagem da ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. (1993) - *Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas. ISBN:978-84-458-0092-8.
- Pacheco, Susana (2002) - *Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. (2ªed). Loures. Lusociência. ISBN- 972-8383-30-4.
- Padilha, J., et al (2001) - *Enfermagem em neurologia*. Coimbra: Formasau.
- Paixão, C., Silva, L. (2009) - As Incapacidades Físicas de Pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Ações de Enfermagem. *Enfermería Global*, nº 15, Fevereiro.
- Parreira, P. (2005) – *As organizações*. [s. ed.] Coimbra: Formasau, 2005. 336 p. ISBN 972-8485-46-8.
- Paschoal, S. M. P. (2000) – Autonomia e independência. In: Netto, P. - *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. P. 313-323. ISBN 85-7379-109-8;
- Patel, A.; Knapp, M.; Evans, A.; Perez, I.; Kalra, L. (2004) - Training care givers of stroke patients: economic evaluation. *British Medical Journal* . Vol. 328.p.1-6.
- Paterson, B.; Kieloch, B.; Gmiterek, J. (2001) – They never told us anything: Postdischarge Instruction to families of persons with brain injuries. *Rehabilitation Nursing*. 2 (26) .p. 48-53.



- Paul, P. (2005) - *Transdisciplinaridade e antropoformação: sua importância nas pesquisas em saúde*, 14 (3), 72-92, 2005. Acedido a 20/03/2013, às 12h45.
- Pereira, M. F. C. (2009) - *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Porto. Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Perlini, N.; Faro, A. (2005) – Cuidar da pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola Enfermagem da USP*. Brasil. Nº 39. (2005), pp. 154-163.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-91-7.
- Petronilho, F. (2010) – Da produção de Indicadores aos Programas de Melhoria Contínua de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Que Realidade nos Nossos Serviços de Saúde. *Cuid'Arte*. ISSN 1646-7175. Ano 4. N.º 7 (Novembro 2010), p. 15-23.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados - um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora ISBN 972-8535-78-3
- Phaneuf, M. (2005) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- Pires, J. (1999) – *De Profundis, Valsa Lenta*. 13ª Ed. Lisboa. Dom Quixote: 1999. ISBN: 972-20-1398-X.
- Polit, D. F. Hungler, B., P. (2000) – *Investigacion científica en ciencias de la salud*. 6.ª ed. México: McGraw-Hill.
- PORDATA – Base de dados - *Portugal contemporâneo* (2011). Acedido em 2012-06-15. Disponível em: <http://www.pordata.pt/comunicacao/1>
- Rasgado, S., Santos, V. (2010). *O descanso do cuidador*. Pretextos. N.º 39. (2010).
- Regime de Acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais. *Decreto-Lei nº163/2006*, de 8 de Agosto. Acedido a 22 de Março de 2012
- Regulamento n.º 122/2011. de 18 de Fevereiro de 2011 *Diário da República II Série*. Nº 35 pp. 8648-8653.

- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *Diário da República II Série*. Nº 35, pp. 8658-8659.
- Regulamento n.º 437/1991 de 8 de Novembro de 1991. *Diário da República. I-A Série*. Nº 257 pp. 5723-5741
- Renaud, I. C. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14: 2-8.
- REPE - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril
- Revista Cuid'Arte – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Hospital de S. Bernardo. Setúbal. [s.d.]. Disponível em <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/>. Acedido a 14/04/2013.
- Ribeiro, S. (2010) – Para Lá do Hospital: Análise das Dificuldades e Necessidades Vivenciadas pela Família que Cuida a Pessoa Idosa Face à Transição do Hospital para o Domicílio. *Cuid'Arte*. ISSN 1646-7175. Ano 4. Nº 7 (Novembro 2010), pp. 25-32.
- Rice, R. (2006): *Home Care Nursing Practice: Concepts and Application*. Philadelphia. Mosby.
- Rizzolatti, G. & Craighero (2004). The mirror neuron system. In: *Annual Review. Neuroscience*. Vol.27, pp. 169-192
- Romanini, R.; Diniz, I.; Pinheiro, C. (2008). Cuidar de quem Cuida na Doença de Alzheimer. *Pensar Enfermagem*. Vol: 12, n.º2. (2008). 2º Semestre.
- Ryerson, Susan, D. Hemiplegia.(2004) In: Umphred, D. - *A Reabilitação neurológica*. 4 ed. Barueri: Manole, 2004, pp.782-830.
- Sá, M., J. (2009) – AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6. (2009), pp. 12-19.
- São José, J., Wall, K.. Correia, S. (2002) - Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. Lisboa. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Särkämö, T. (2008) – *Listening to music improves stroke patients recovery*. University of Helsinki. 2008. Disponível em: [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2008-02/uoh-ltm021508.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2008-02/uoh-ltm021508.php)

- Sarwar, S., Azhar, M. S. & Akhtar, N. (2011) - Impact of training patterns upon the social relations of employees (a meta-analysis). *Journal of Management Research*, vol. 3, n.º 2, pp. 1- 21
- Schumacher, K.L.; Meleis, A.I.(2010) – Transitions: A central concept in nursing. In: Meleis, A. - *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.p.38-51.
- Sequeira, C. (2007) – *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. 1ª edição. Quarteto
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-717-0.
- Serra, M. (2010) - O regresso a casa do utente com AVC: Um desafio de reabilitação para a enfermagem e para a família. *Enformação*. Nº 13. (2010), pp. 20-25. ISSN: 1646-9607.
- Silva, M.S. (2010). *O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Simões, S., Grilo, E. (2012). Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. Artigo de Revisão. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. 2012. 31:18-23.
- Spink, M.J.P. (2003) Saúde: um campo transdisciplinar? In Spink, M.J.P. (org.) *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- Stefanelli & Carvalho (2005) – *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2005. 159 p. ISBN 85-204-2196-2.
- Straten, M. Meulen, J.; Bos, G.; Limburg, M. (1997) – Length of hospital stay and discharge delays in stroke patients. [em linha]. *AHA Journals*. Volume 28. P.137-140. Acedido em 2012-06-25. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/28/1/137.full>
- Thassanabanjong, K., Miller, P & Marchant, T. (2009) - Training in hai smes. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, vol. 16, nº 4, pp. 678 – 693
- Tseng, C., Chen, C., Wu, S., & Lin, L. (2007) - Effects of a range-of-motion exercise programme. *Journal Of Advanced Nursing*. Vol.57, nº2, pp. 181-191.

- Unidade Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. RNCCI. Lisboa.
- Wadensten, B. Ahlström, G. (2009). The Struggle for Dignity by People with Severe Functional Disabilities. *Nursing Ethics*. 16 (4), 453-465
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., et al. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*. 21(1). (2007), pp. 31–42.
- White, G., et al. (2008). Disfagia: causas, avaliação, tratamento e controlo. *Geriatrics*. 24: 52-60.
- Wright, L.; Leahey, M. (2005) – *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Roca Editora, 2005.
- Young, J. & Forster, A. (2007) – Rehabilitation after stroke. *British Medical Journal*. 13, 334. (Jan.2007) p. 86-90.
- Zagonel, I.P.S. (1998) – O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos. São Paulo: *Acta Paulista Enfermagem*. Vol.11, nº.2 (Maio/Ago 1998), pp. 56-63.
- Zagonel, I.P.S. (1999) - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Ribeirão Preto: *Revista latino-americana de enfermagem*, vol.7, n.º3. (Julho 1999) p. 25-32.

## **ANEXOS**

Anexo I - Documento orientador do Estágio com Relatório do  
Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Reabilitação  
em Enfermagem de Reabilitação da ESESL



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO

## ESTÁGIO COM RELATÓRIO

---

### Documento orientador

Coordenador da Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação

Prof Dra Manuela Gândara

LISBOA

Junho 2012





## 1. INTRODUÇÃO

Este documento visa explicitar o modo como a UC Estágio com relatório (30 ECTS) foi concebida pela equipa pedagógica, estabelecendo as orientações gerais para o seu desenvolvimento.

Conforme o PE aprovado, esta UC decorre durante o 3º semestre e diz respeito à operacionalização e desenvolvimento do projeto de estágio com relatório desenhado na UC Opção II do 2º semestre, dando assim resposta à estrutura do ciclo de estudos (nº 1, alínea b) do Art. 20º do DL 74/2006 de 24 de Março):

1. *O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra:*

- a) ...
- b) *Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projecto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objecto de relatório final, consoante os objectivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respectivas normas regulamentares, a que corresponde um mínimo de 35% do total dos créditos do ciclo de estudos.*

Na continuidade do trabalho desenvolvido durante os semestres anteriores, esta UC visa promover o desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem de reabilitação.

## 2. FINALIDADE DO ESTÁGIO

Pretende-se que o estudante desenvolva competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social.

## 3. OBJECTIVOS

- Avaliar situações de risco no que respeita à possibilidade de desenvolvimento de incapacidades, colaborando nas definições de estratégias de intervenção dirigidas à prevenção;
- Intervir precocemente na fase aguda da doença ou acidente e/ou no processo de adaptação da pessoa à deficiência, às limitações da atividade e à restrição de participação daí decorrentes;



- Estabelecer um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação que permita à pessoa preservar, desenvolver e valorizar o seu potencial promovendo a sua reintegração na vida sociofamiliar e profissional, e uma qualidade de vida;
- Assumir, como membro de uma equipa multiprofissional, a promoção dos cuidados e uma visão integradora dos contributos dos diferentes profissionais.

E ainda:

- Demonstrar capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustenta a prática de cuidados, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara;
- Demonstrar compreensão dos discursos contemporâneos sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais da saúde;
- Demonstrar capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem;
- Saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo atividades/projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas.

#### **4. METODOLOGIA**

O Estágio decorre durante o primeiro semestre do ano lectivo de 2012-2013 durante 18 semanas: de 1 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013. Tem uma duração total de 750 horas distribuídas da seguinte forma: 500 horas de estágio a desenvolver em contexto clínico; 25 horas para orientação tutorial a calendarizar oportunamente e 225 para trabalho autónomo.

De acordo com o projeto de estágio elaborado por cada estudante, esta UC poderá decorrer em diversos contextos de prática em cada um dos quais o estudante terá de realizar uma média de 25 horas por semana, em horário previamente acordado com o Enfe Chefe e o tutor do estudante, sem prejuízo de desenvolver algumas atividades na Escola, sob orientação do tutor/orientador do contexto. O estudante não poderá exceder o limite de 130 horas de faltas (25%).



Para promover o desenvolvimento das competências em estágio, a equipa pedagógica organiza-se numa lógica de tutoria, em articulação com o contexto clínico, permitindo apoiar e desafiar o estudante no desenvolvimento do seu projecto de aprendizagem, ajudando-o a perspectivar o sentido de transformação de si e das suas práticas de cuidados. Neste sentido preconiza-se um modelo de formação baseado na reflexão sobre a acção, que permita o formando olhar o seu agir, repensar e reconfigurar as suas práticas de cuidados à luz das diferentes dimensões que incorporam o cuidado de enfermagem.

Sem prejuízo das linhas orientadoras gerais, o Estágio será norteado pelo projeto desenhado pelo estudante pelo que as atividades a desenvolver deverão estar em consonância com aquele. Assim, o estudante deverá aferir o projeto (construído com base no contacto já havido com os locais de estágio) com o orientador, explicitando o trajeto perspectivado e reajustando os objetivos e estratégias/atividades planeadas para aquele contexto específico. Subjacente ao processo formativo do estudante e no sentido de promover a reflexão e análise crítica das situações de cuidados e mobilizar os aspetos teóricos, assim como a evidência empírica, o estudante deverá realizar em cada local de estágio registos de enfermagem de natureza diversa:

- Plano de cuidados dos clientes a quem preste cuidados;
- Notas de campo /jornais de aprendizagem
- Relatório/reflexão sobre a aprendizagem efetuada de acordo com os objetivos do estágio definidos.

O estudante poderá ainda realizar, outras atividades consideradas pertinentes pelo tutor e/ou orientador do estudante.

A natureza, tipologia e periodicidade dos trabalhos, entre outros critérios, serão acordados entre o tutor e o estudante no início de cada estágio, assim como as consequências do seu incumprimento.

Quando se trate de um estágio de observação o estudante deverá realizar:

- Guião de observação;
- Relatório do observado.



Ao longo do estágio serão calendarizados encontros com o orientador para discussão de assuntos relativos ao estágio nomeadamente discussões de situações clínicas, registos ou outros assuntos relevantes para a aprendizagem do estudante.

A data de entrega do relatório será acordada entre o tutor e o estudante, sendo que entre aquela e a sua aceitação para discussão decorrerá um prazo mínimo de 3 semanas.

## **5. AVALIAÇÃO**

A avaliação final da UC é realizada através da apreciação do Relatório de Estágio que poderá ser objecto de discussão pública, nos termos do Regulamento dos Cursos de Mestrado em vigor na ESEL.

Contudo, em cada contexto de prática será realizada uma apreciação parcelar do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências, pelo tutor, pelo orientador e pelo estudante, que incidirá em dois eixos:

1. Nos resultados obtidos pelo estudante no que diz respeito às atividades delineadas de acordo com os objetivos propostos no projeto de estágio do estudante.
2. Nos resultados obtidos em função dos domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

O registo da apreciação do estudante é realizado em folha própria cujo modelo também se anexa (anexo 1).

O cumprimento do estabelecido entre tutor e estudante quanto a trabalhos a desenvolver e sua calendarização



ANEXO I

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: \_\_\_\_\_

Local de Estágio: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

DATA:			
ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE

Anexo II - Instrumento de recolha de dados utilizado durante  
a consulta telefónica (*follow - up*)

Ensino à Pessoa/Família com AVC

Data de internamento: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Data de alta: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Etiqueta de identificação

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Identificação do cuidador/ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Contacto fixo/móvel: \_\_\_\_\_

Internamento

Follow-up

Demonstrada aprendizagem de capacidades em relação a:	Demonstrado	Não Demonstrado	Demonstrado	Não Demonstrado
1. Posicionamentos				
2. Mobilizações/transferências				
3. Alimentação				
4. Cuidados de higiene/vestir e despir				
5. Exercícios terapêuticos: Rolamento, ponte				
6. Eliminação vesical/intestinal				
7. Comunicação com a pessoa				
8. Treino de marcha				
9. Prevenção de quedas				
10. Adaptação do WC/casa				

Legenda: **NA** – Não aplicável

Dúvidas/sugestões/Pertinência dos ensinamentos:

---

---

---



Apêndice I - Objectivos pessoais formulados no projecto de  
estágio desenhado no 2.º semestre.

## Tabelas de intervenção em contexto de ensino clínico

### Objectivos Gerais:

- Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que possam dar resposta às necessidades das pessoas vítimas de AVC e suas famílias e/ou familiares cuidadores, tendo em conta a singularidade e complexidade da cada situação.
- Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção de reabilitação, junto dos familiares cuidadores com a finalidade de maximizar a autonomia e melhorar a qualidade de vida da pessoa com AVC, através da promoção da mobilidade.
- Desenvolver competências comuns e específicas para a prática da Enfermagem Especializada em Reabilitação, no que concerne à prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área RFR, tendo em conta as componentes relacionais, científica e técnica.

### A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Domínios/Competências	Objectivos específicos	Actividades a desenvolver	Recursos	Critérios / Indicadores de avaliação
<b>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</b>  <b>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as</b>	<b>1. Conhecer a dinâmica dos serviços onde irão realizar-se os diferentes ensinoss clínicos, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, assim como, a prática da prestação de cuidados de enfermagem com especial enfoque à pessoa com AVC e respectivos familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promove reunião informal com o(s) enfermeiro(s)-chefe(s) enfermeiro(s) orientador(es) com vista a adquirir conhecimento da organização e funcionamento do(s) serviço(s), recursos humanos e materiais, projectos e actividades em que o(s) serviço(s) está (estão) envolvido(s);</li><li>- Apresenta o projecto à equipa multidisciplinar com especial ênfase à</li></ul>	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Equipa(s) multidisciplinar (es) ;</li><li>- Enfermeiro(s) chefe(s);</li><li>- Enfermeiro(s) supervisor(es);</li><li>- Docente orientadora da ESEL;</li></ul>	<b>Critérios de avaliação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Descreve a dinâmica de funcionamento do serviço;</li><li>- Demonstra bom relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com os elementos;</li><li>- Participa activamente nas actividades do serviço;</li></ul>

<p><b>responsabilidades profissionais</b></p> <p><b>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</b></p> <p><b>D1- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</b></p> <p><b>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b></p>	<p><b>cuidadores, integrando assim de forma gradual e progressiva a equipa de saúde (multidisciplinar).</b></p>	<p>equipa de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita guiada às instalações do(s) serviço(s) para conhecimento da sua estrutura física, equipamentos e materiais existentes, sob orientação do(s) enfermeiro(s) tutor(es);</li> <li>- Identifica as áreas clínicas e de apoio, bem como, o circuito da pessoa em processo de doença desde que é admitido no serviço até ser transferido para outros serviços ou instituições, com enfoque na pessoa com AVC;</li> <li>- Identifica a hierarquia e o organigrama funcional do(s) serviço(s): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhece a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados nas diferentes áreas de actuação e colabora;</li> <li>▪ Pesquisa através da consulta de documentos, nomeadamente: manuais do serviço; protocolos instituídos; documentos de articulação entre serviços e com a comunidade; registos usados pelo EER no(s) serviço(s); normas e directivas internas e outros, característicos de cada unidade de cuidados;</li> <li>▪ Consulta de documentos no sentido de conhecer a área de</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoas em processo de doença e familiares cuidadores/ famílias.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação sensório-motora e respiratória;</li> <li>- Protocolos e normas dos serviços;</li> <li>- Legislação,</li> <li>- Processos clínicos das pessoas em processo de doença;</li> <li>- Código deontológico.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de neurocirurgia;</li> <li>- Aces;</li> <li>- Serviços de Neurologia/UAVC .</li> </ul>	<p>nomeadamente nas reuniões/passagem de turno;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeia os cuidados de enfermagem de uma forma harmoniosa com o funcionamento e dinâmica do serviço;</li> <li>- Utiliza adequadamente os instrumentos e equipamentos do serviço;</li> <li>- Actua de acordo com as normas e protocolos existentes nos serviços.</li> <li>- Demonstra iniciativa para identificar elementos indispensáveis à sua prática;</li> <li>- Demonstra interesse em promover o desenvolvimento da prática especializada.</li> </ul>
---	---	---	--	---

	<p>abrangência do serviço e as características da população e os recursos da comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende a dinâmica e comunicação com a pessoa em processo de doença/família e familiar cuidador;</li> <li>▪ Esclarece dúvidas com o(s) enfermeiro(s) orientador(es).</li> </ul>		
	<p><b>2. Identificar o papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no seio da equipa multidisciplinar dos serviços onde irão decorrer os ensinamentos clínicos, na forma como se relaciona com a pessoa em processo de doença/familiar cuidador, e como se articula com os outros elementos da equipa e os restantes serviços da instituição/comunidade.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dialoga /conversa com o(s) enfermeiro(s) tutor(es) e outros elementos da equipa</li> <li>- Observa as estratégias desenvolvidas e as intervenções implementadas pelo enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação no decorrer dos processos de cuidados no âmbito da RFR e RFM (com ênfase na pessoa com AVC), e colabora nas mesmas;</li> <li>- Articula com os serviços quer da instituição, quer da comunidade, dando ênfase a uma adequada continuidade de cuidados, especificamente de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Promove o desenvolvimento da prática especializada na área de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Consulta projectos realizados ou em</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende a função do enfermeiro especialista de reabilitação na equipa, enquanto membro cuidador, formador e gestor da equipa;</li> </ul>

	<p><b>3. Reflectir sobre os aspectos do domínio da responsabilidade profissional ética e legal;</b></p> <p><b>4. Desenvolver uma prática profissional, baseada em princípios éticos na área da enfermagem de reabilitação</b></p>	<p>curso, em que o enfermeiro especialista de reabilitação se encontra inserido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Respeito pela ética e pelo código deontológico da profissão;</li> <li>-Respeito pelas relações privilegiadas da pessoa em processo de doença (família, amigos, pessoas significativas);</li> <li>-Revisão da literatura.</li> <li>- Integra a pessoa em processo de doença na elaboração do plano de reabilitação, tendo em conta a sua singularidade.</li> <li>- Participa na construção de tomada de decisão na equipa de enfermagem, com base no código deontológico;</li> <li>- Promove a protecção dos direitos humanos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflecte na, mas essencialmente sobre a acção, materializando essa reflexão em documentos escritos.</li> <li>- Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa em processo de doença e familiar cuidador/família;</li> <li>- Participa na construção da tomada de decisão;</li> <li>- Toma decisões que reflectem a mobilização de princípios éticos e morais.</li> <li>- Age de acordo com os princípios éticos e</li> </ul>
--	---	---	--	--

				<p>deontológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove o respeito pela pessoa, à autodeterminação.</li> </ul> <p><b>Indicadores de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Materializa a reflexão em diários de aprendizagem para cada campo de ensino clínico;</li> <li>- De que modo as actividades planeadas foram úteis na adaptação à estrutura organizacional, equipa multidisciplinar, pessoas em processo de doença internadas nos serviços onde decorrem os ensinamentos clínicos e respectivas famílias/familiar cuidador.</li> </ul>
<b>B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b>				
Domínios/Competências	Objectivos específicos	Actividades a desenvolver	Recursos	Critérios / Indicadores de avaliação
<b>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de</b>	<b>5. Avaliar a situação da pessoa em processo de doença, respectiva família/familiar cuidador, que</b>	- Realiza entrevistas à pessoa em processo de doença e familiares/familiar cuidador, para diagnóstico de situação;	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa(s)</li> </ul>	<b>Critérios de avaliação:</b>

<p><b>intervenção</b></p> <p><b>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</b></p> <p><b>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</b></p> <p><b>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</b></p> <p><b>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa</b></p>	<p><b>necessita da intervenção de Enfermagem de Reabilitação, tendo em consideração a sua complexidade e singularidade perspectivando objectivos a curto, médio e longo prazo, de acordo com o seu projecto de vida, com enfoque na pessoa com AVC e consequentes alterações da mobilidade.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolha de informação pertinentes, tendo em conta as várias dimensões (pessoais, familiares, ambientais...), de forma a identificar factores facilitadores e/ou inibidores no processo de transição;</li> <li>- Identifica barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e familiar cuidador, que influenciem o desempenho da mobilidade;</li> <li>- Caracteriza a(s) transição(ões) e identifica eventuais transições simultâneas;</li> <li>- Identifica as expectativas, grau de consciência e envolvimento da pessoa e familiar cuidador na transição, conhecimentos face ao processo de reabilitação;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre as patologias que as pessoas, apresentam e cuidados de reabilitação, com enfoque no AVC;</li> <li>- Analisa e reflecte a pesquisa obtida;</li> <li>- Realiza o exame físico dando especial ênfase ao exame neurológico e exame pulmonar;</li> <li>- Utiliza instrumentos de recolha de informação para avaliação da funcionalidade - escalas (exame</li> </ul>	<p>multidisciplinar (es) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro(s) chefe(s);</li> <li>- Enfermeiro(s) supervisor (es);</li> <li>- Docente orientadora da ESEL;</li> <li>- Pessoas em processo de doença e familiares cuidadores/ famílias.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação sensório-motora e respiratória;</li> <li>- Escalas e instrumentos de medida para avaliação da funcionalidade;</li> <li>- Processos clínicos das pessoas em processo de doença;</li> <li>- Código deontológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtém os dados necessários quer em quantidade, quer em profundidade revelando o que a pessoa em processo de doença e o familiar cuidador são, o que pensam e como estão a vivenciar a transição saúde/doença da pessoa em processo de doença (quais são os seus objectivos para o futuro);</li> <li>- Identifica as potencialidades da pessoa;</li> <li>- Formula/reformula o plano de enfermagem de reabilitação adequado às necessidades identificadas.</li> </ul>
--	---	--	---	---



<p><b>multiprofissional</b></p> <p><b>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b></p> <p><b>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b></p>		<p>neurológico, escalas de avaliação de força, sensibilidade, espasticidade e de funcionalidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica o potencial de reabilitação das pessoas.</li> </ul> <p><b>6. Gerir cuidados de enfermagem à pessoa em processo de doença e família/familiar cuidador, que visem a promoção da de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com ênfase na dimensão neurológica – AVC.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplica e articula os fundamentos teórico - práticos na prestação de cuidados à pessoa/familiar cuidador;</li> <li>- Identifica oportunidades de melhoria;</li> <li>- Identifica critérios de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Avalia a revisão de práticas em relação aos resultados;</li> <li>- Identifica necessidades formativas sobre cuidados de enfermagem à pessoa com alteração da mobilidade como consequência de AVC.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de neurocirurgia;</li> <li>- Aces;</li> <li>- Serviço de neurologia (unidade de AVC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acede à evidência clínica para a avaliação da qualidade;</li> <li>- Estabelece prioridades de melhoria e propõe-nas;</li> <li>- Promove a consciência à equipa pelo respeito à identidade cultural;</li> <li>- Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</li> </ul>
--	--	---	--	--

**7. Promover um ambiente seguro, com vista ao estabelecimento de uma relação de confiança fundamentada na responsabilidade profissional ética e legal.**

- Respeito pela vontade da pessoa em processo de doença, os seus tempos e os seus silêncios;
- Disponibilidade para estar com a pessoa em processo de doença e ser por ela solicitada;
- Estímulo à expressão de sentimentos e preocupações;
- Comunica clara e assertivamente, validando as interpretações e propostas de intervenção;
- Fornece todas as informações necessárias;
- Identifica as dificuldades /barreiras à comunicação;
- Estimula à participação na tomada de decisão;
- Presta cuidados garantindo a privacidade e confidencialidade;
- Envolve a família/ familiares cuidadores nos cuidados, com ênfase nas pessoas com AVC.

- A pessoa em processo de doença manifesta interesse na relação terapêutica;
- A pessoa em processo de doença e familiar cuidador/família tomam iniciativa colocando dúvidas;
- A pessoa em processo de doença expressa as suas preocupações;
- Existência de continuidade e aprofundamento na relação terapêutica na tríade (enfermeiro-pessoa-familiar cuidador)
- Adesão da pessoa em processo de doença e familiar cuidador ao programa de reabilitação, com enfoque na pessoa com AVC.

				<b>Indicadores de avaliação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter procurado evidência científica que permite fundamentar a prática de cuidados de reabilitação</li> <li>- Ter aplicado adequadamente as escalas de funcionalidade a quatro pessoas vítimas de AVC.</li> </ul>
<b>C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b>				
<b>Domínios/Competências</b>	<b>Objectivos específicos</b>	<b>Actividades a desenvolver</b>	<b>Recursos</b>	<b>CrITÉrios e indicadores de avaliação</b>
<b>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</b>  <b>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</b>	<b>8. Conceber planos de cuidados de reabilitação integrados no plano global de cuidados a partir de diagnósticos de enfermagem, adaptados à situação singular e global de cada pessoa em processo de doença e familiar cuidador (enfoque na pessoa com AVC), com o propósito de maximizar a sua autonomia através da promoção de mobilidade, facilitando assim o processo de transição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolhe informação pertinente através da evidência científica que permita fundamentar a prática de cuidados e reabilitação;</li> <li>- Utiliza escalas/ instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratórias, motora, sensorial e cognitiva, eliminação vesical e intestinal, sexualidade</li> <li>- Formula diagnósticos de enfermagem;</li> <li>- Estabelece prioridades e define</li> </ul>	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa(s) multidisciplinar (es) ;</li> <li>- Enfermeiro(s) chefe(s);</li> <li>- Enfermeiro(s) supervisor(es);</li> <li>- Docente orientadora da ESEL;</li> <li>- Pessoas em processo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os diagnósticos de enfermagem são adequados;</li> <li>- O plano de cuidados é exequível e a pessoa revela progressos;</li> <li>- Existe continuidade dos cuidados;</li> <li>- Existe participação da pessoa /familiar cuidador;</li> </ul>

<p><b>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</b></p> <p><b>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</b></p> <p><b>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</b></p> <p><b>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade</b></p>	<p><b>saúde/doença.</b></p>	<p>objectivos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeia as intervenções no tempo e tendo em conta o contexto e os recursos, contemplando a optimização e/ou reeducação das funções anteriormente referidas;</li> <li>- Concebe, implementa e avalia programas especializados de enfermagem em reabilitação de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade maximizando a autonomia e qualidade de vida do doente, dando ênfase à pessoa com AVC;</li> <li>- Envolve a pessoa /familiar cuidador nos cuidados e plano de reabilitação (presta cuidados em parceria com a pessoa/familiar cuidador);</li> <li>- Envolve no plano de reabilitação outros profissionais;</li> <li>- Valida o plano com a pessoa em processo de doença/familiar cuidador;</li> <li>- Define resultados esperados e metas a atingir com a pessoa em processo de doença, respeitando a sua vontade, os seus valores e crenças;</li> </ul>	<p>de doença e familiares cuidadores/ famílias.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação sensório-motora e respiratória, incluindo técnicas específicas;</li> <li>- Escalas e instrumentos de medida para avaliação da funcionalidade;</li> <li>- Brochuras e folhetos utilizados nos diferentes locais de ensino clínico;</li> <li>- Produtos de apoio;</li> <li>- Processos clínicos das pessoas em processo de doença;</li> <li>- Registos de enfermagem;</li> <li>- Código deontológico.</li> </ul>	
---	-----------------------------	---	---	--

dos cuidados		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirige momentos educativos à pessoa e/ou cuidador sobre técnicas específicas facilitadores da promoção da mobilidade com o propósito de fomentar capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;</li> <li>- Mostra disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Promove o acesso à informação sobre produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação);</li> <li>- Encaminha para profissionais que possam orientar a pessoa e familiar cuidador na aquisição de apoios sociais;</li> <li>- Integra o plano de Enfermagem de Reabilitação com o plano terapêutico global;</li> <li>- Reformula o plano de acordo com a avaliação/progresso da pessoa;</li> <li>- Perspectiva a alta da pessoa.</li> </ul>	<b>Físicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de neurocirurgia;</li> <li>- Aces;</li> <li>- Serviço de neurologia (unidade de AVC).</li> </ul>	
<b>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b>				
<b>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b>				
<b>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b>				
<b>J3- Maximiza a</b>	<b>9.Desenvolver as intervenção de Enfermagem de Reabilitação que permitam maximizar as capacidades funcionais das pessoas em</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora programas de treino na área de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Realiza de mobilizações passivas, activas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presta cuidados de reabilitação baseados na evidência científica, dirigidos para a melhoria da qualidade dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar;</li> </ul>

<p><b>funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p>	<p><b>processo de doença, com ênfase na pessoa com AVC potenciando o seu desempenho pessoal nas AVD's, diminuindo assim as dificuldades no regresso ao domicílio.</b></p>	<p>assistidas e resistidas e posicionamentos terapêuticos e de conforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articula técnicas específicas de reabilitação na RFR e RFM , sensorial e cognitiva;</li> <li>- Demonstra e treina o familiar cuidador/pessoa em processo de doença, com maior relevo no âmbito da RFM;</li> <li>-Fornece informação escrita relativa aos ensinamentos efectuados, com letra legível e que seja compreensível para quem se dirige, de forma a promover a continuidade dos cuidados após a alta;</li> <li>- Promove a mobilidade e maximiza o desempenho da pessoa com AVC;</li> <li>- Avalia e reformula os programas de acordo com os resultados esperados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As intervenções de enfermagem de reabilitação são adequadas às necessidades da pessoa/cuidador;</li> <li>- Orienta, ensina e treina a pessoa/familiar cuidador no sentido de maximizar o desempenho, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa;</li> <li>- A pessoa em processo de doença tenha melhorado a sua condição física, emocional e psicológica;</li> <li>- O familiar cuidador/família tenha encontrado apoio e respostas para a maioria das suas dúvidas e necessidades;</li> <li>- A pessoa em processo de doença tenha restabelecido algumas ou todas as suas funções ou tenha encontrado soluções adaptativas;</li> <li>- Que a pessoa em processo de doença/familiar cuidador identifiquem o EER como</li> </ul>
---	---	--	---

	<p><b>10. Participar na tomada de decisão da equipa multidisciplinar de cada serviço com a finalidade de rentabilizar os recursos promovendo cuidados de qualidade.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove a continuidade aos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Colabora nas decisões da equipa multiprofissional;</li> <li>- Intervém no processo de cuidar apresentando soluções eficazes para a prescrição e avaliação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Rentabiliza os recursos existentes;</li> <li>- Promove cuidados de qualidade, participando na discussão de situações e prática de cuidados e propondo soluções e/ou alternativas.</li> </ul>		<p>parceiro de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove a saúde e a reabilitação e previne lesões.</li> <li>- Participa na tomada de decisão em equipa;</li> <li>- Conhece os recursos dos serviços e sabe utilizá-los;</li> <li>- Tem uma atitude assertiva na tomada de decisão.</li> <li>- Utiliza os instrumentos em vigor no serviço para a transmissão de informação, adequadamente;</li> <li>- Dá resposta às situações que vão surgindo ao longo do percurso da pessoa em processo de doença/família/familiar cuidador nos vários contextos onde se inserem;</li> <li>- A pessoa e familiar cuidador</li> </ul>
	<p><b>11. Promover a continuidade dos cuidados, capacitando a pessoa e processo de</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicia precocemente o processo de preparação do regresso a casa das pessoas em processo de doença, com</li> </ul>		



**doença e seu familiar cuidador para a gestão de problemas nas áreas de intervenção da enfermagem de reabilitação**

enfoque na pessoa com AVC;

- Desenvolve ações de educação dirigidas às necessidades do doente/família/cuidador;

- Colabora na transferência/alta, articulando as várias equipas/serviços/instituições

- Utiliza os documentos em vigor nos serviços para a transmissão de informação quando a pessoa é referenciada para outros prestadores de cuidados de saúde ou outra instituição dando visibilidade aos cuidados do EER.

manifestam segurança nas transições entre contextos de prestação de cuidados.

**Indicadores de avaliação:**

- Demonstra evolução em termos de destreza na realização das técnicas específicas de reabilitação no âmbito da RFR e RFM;

- Desenvolve competências de enfermagem de reabilitação no âmbito da RFR e RFM, com ênfase na pessoa com AVC.

- Ter implementado dois planos de reabilitação no âmbito da RFR e quatro na RFM

**D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Domínios/Competências	Objectivos específicos	Actividades a desenvolver	Recursos	Critérios / Indicadores de avaliação
<p><b>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</b></p> <p><b>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</b></p> <p><b>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</b></p> <p><b>D1-Desenvolver o auto-conhecimento e assertividade</b></p>	<p><b>12. Melhorar a capacidade de auto conhecimento, assumindo interesse pela aprendizagem e revelando crescente autonomia que vise o desenvolvimento de competências específicas de EER.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gere conflitos na construção dos processos de ajuda de modo a não interferir nas relações terapêuticas estabelecidas com as pessoas em processo de doença e suas famílias/familiares cuidadores;</li> <li>- Desenvolve estratégias para gerir emoções e sentimentos que possam bloquear uma resposta eficiente e consequentemente agir de forma menos íntegra;</li> <li>- Consolidação da aprendizagem recorrendo à prática reflexiva;</li> <li>- Observa o EER/supervisor nas suas actividades para identificar e reconhecer a importância do seu papel na melhoria da qualidade dos cuidados;</li> <li>- Aplicação e articulação de fundamentos teórico-práticos na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa(s) multidisciplinar (es) ;</li> <li>- Enfermeiro(s) chefe(s);</li> <li>- Enfermeiro(s) supervisor(es);</li> <li>- Docente orientadora da ESEL;</li> <li>- Pessoas em processo de doença e familiares cuidadores/ famílias.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação sensório-motora e respiratória;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete de modo apropriado sobre várias situações com as quais vai tendo contacto evidenciando as aprendizagens resultantes;</li> <li>- Fundamenta adequadamente as suas decisões e intervenções nos vários contextos de trabalho</li> </ul>

<p><b>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b></p> <p><b>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dialoga no final de cada turno, com o(s) enfermeiro(s) orientador(es) no sentido de obter feedback sobre o desempenho.</li> <li>- Elabora diários de aprendizagem sobre: as intervenções realizadas e experiências vividas, as atitudes e comportamentos na relação com a pessoa, família/familiar cuidador e com a equipa multidisciplinar, a percepção pessoal do desenvolvimento das intervenções;</li> <li>- Identifica aspectos a desenvolver como pessoa e como profissional, facilitadores de aprendizagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diários de aprendizagem;</li> <li>- Código deontológico.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de neurocirurgia;</li> <li>- Acs;</li> <li>- Serviço de neurologia (unidade de AVC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica as suas dificuldades e aspectos a melhorar e aceita a crítica construtiva.</li> </ul>
	<p><b>13.Reflectir sobre o seu desempenho na prestação de cuidados de reabilitação nos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora diários de aprendizagem sobre: as intervenções realizadas e experiências vividas, as atitudes e comportamentos na relação com a pessoa, família/familiar cuidador e com a equipa multidisciplinar, a</li> </ul>		

	<p><b>diferentes ensinamentos clínicos.</b></p> <p><b>14. Aprofundar conhecimentos sobre a problemática da pessoa com AVC</b></p>	<p>percepção pessoal do desenvolvimento das intervenções;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica aspectos a desenvolver como pessoa e como profissional, facilitadores de aprendizagem.</li> <li>- Pesquisa bibliográfica;</li> <li>- Pesquisa de artigos em bases de dados científicas, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</li> <li>- Promoção em contexto de trabalho de situações que facilitem a aprendizagem na área da especialidade</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descreve as fontes da literatura e os instrumentos usados para adquirir conhecimentos na área;</li> <li>- Descreve as funções do familiar cuidador, a importância da continuidade de cuidados e as competências do EER na problemática da promoção da mobilidade da pessoa com AVC;</li> <li>- Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;</li> <li>- Favorece a aprendizagem e o desenvolvimento de competências na sua área de</li> </ul>
--	---	---	--	--

				<p>especialidade;</p> <p>- Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.</p> <p><b>Indicadores de aprendizagem:</b></p> <p>- Elaboração de diários de aprendizagem ao longo dos ensinos clínicos;</p> <p>- Elaboração do Relatório de Actividades.</p>
--	--	--	--	---

Apêndice II - Contexto demográfico português, segundo  
dados da PORDATA

## **CONTEXTO DEMOGRÁFICO PORTUGUÊS**

Segundo dados da PORDATA<sup>45</sup> (2011), em Portugal, a esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar e era de 79,8 anos em 2011. O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década.

Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento da população é de 128, o que significa que por cada 100 jovens existem 128 idosos. Na última década, verificou-se igualmente o agravamento do índice de dependência total; em 2011 este índice é de 51, o que significa que, por cada 100 pessoas em idade activa existem 51 dependentes. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011<sup>46</sup>).

---

<sup>45</sup> PORDATA – BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO (2011). Acedido em 2012-06-15. Disponível em: <http://www.pordata.pt/comunicacao/1>

<sup>46</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2011) - Censos 2011 - Resultados Provisórios. Lisboa. INE. ISSN:2182-4215.



Apêndice III - Cronograma do Ensino Clínico

## Cronograma de Ensino Clínico

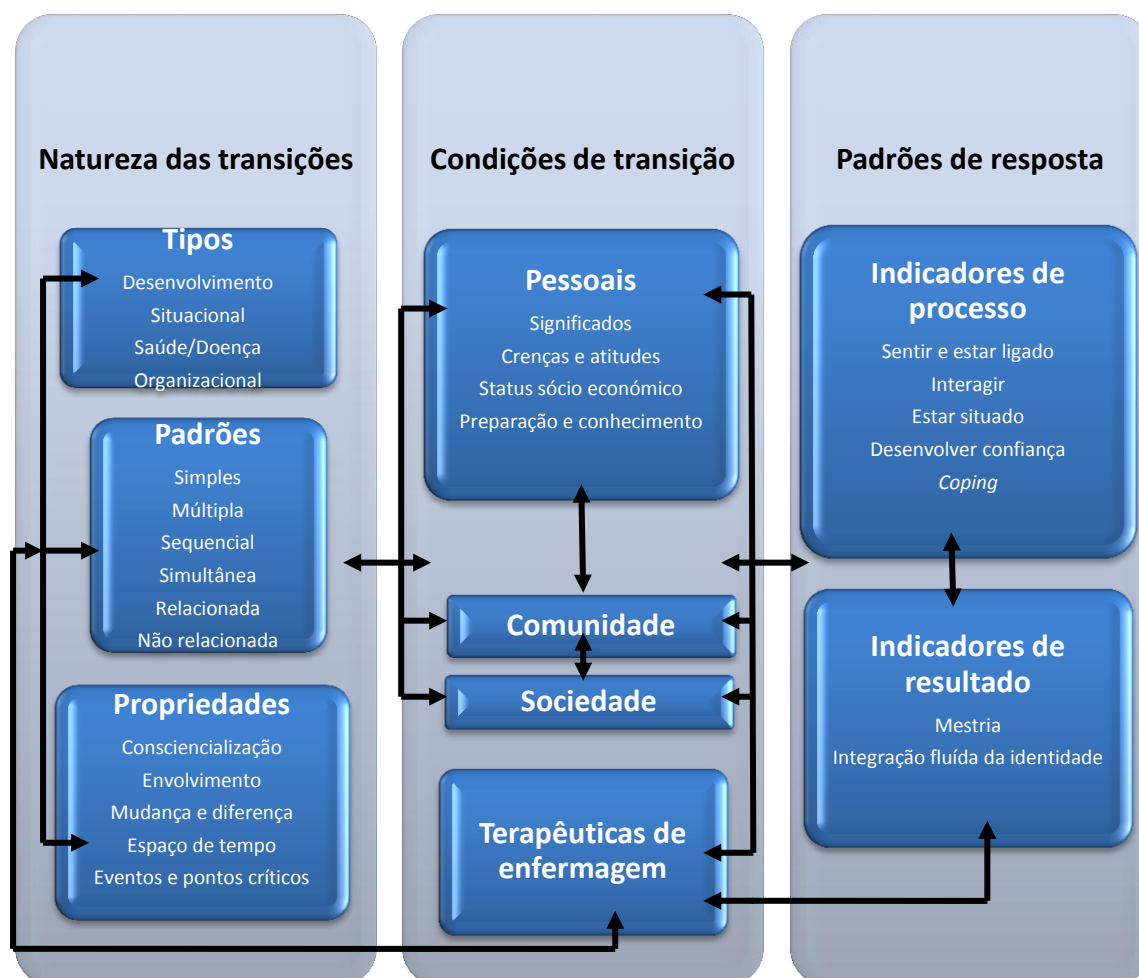
		ANO	2012												2013							
		MES	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO			JANEIRO					FEV		
		DIAS	1	8	15	22	29	1	12	19	26	3	10	17	24	2	7	14	21	28	1	11
			5	12	19	26	31	9	16	23	30	7	14	21	31	4	11	19	25	31	8	15
		LOCAIS DE ENSINO CLINICO	Serviço de Neurocirurgia				Aces – ECCI/UCC						Férias de Natal	Serviço de Neurologia - Unidade de AVC								
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	1.																					
	2.																					
	3.																					
	4.																					
	5.																					
	6.																					
	7.																					
	8.																					

	9.																	
	10.																	
	11.																	
	12.																	
	13.																	
	14.																	

Apêndice IV - A teoria da transição de AfAf Meleis

## A TEORIA DA TRANSIÇÃO DE AFAF MELEIS

Figura nº. 1 – Teoria da transição



Fonte: Modelo transacional adaptado de Meleis, et al. (2000).

Meleis (2005) defende que a pessoa e a família estão naturalmente sujeitos a vivenciar transições de natureza distinta, do tipo organizacional, de desenvolvimento, situacional e de saúde/doença no decurso do seu ciclo de vida. A transição organizacional acontece no ambiente e é precipitada por mudanças do meio social, político e económico. As transições associadas ao desenvolvimento, tal como o nome indica, acontecem em

períodos transitórios da vida considerados críticos, envolvendo os estágios do ciclo vital desde o nascimento até à morte. Apesar de serem esperados e previsíveis, estes momentos revestem-se de grande *stress* pelo que se consideram momentos de crise natural (Alarcão, 2006). A mesma autora acrescenta que as transições situacionais assumem um carácter accidental que, por serem inesperadas, têm consequências mais dramáticas e perturbadoras no equilíbrio familiar. As transições de saúde/doença impelem a família a deslocar-se de um estado de saúde e bem-estar, para uma situação de doença. Apesar da natureza distinta dos processos de transição, estes não são mutuamente exclusivos, podendo coexistir a ponto de susceptibilizarem a família, perante a grande necessidade de adaptação (Meleis, 2005).

Nesta óptica, as transições podem ser descritas segundo padrões distintos, consoante os seus níveis de multiplicidade e complexidade. As pesquisas realizadas por Meleis et al. (2000) descrevem a possibilidade de se experienciar uma transição única, designada de simples, ou transições múltiplas, que de acordo com o seu grau de sobreposição podem ser classificadas de simultâneas ou sequenciais. As transições são interdependentes ou relacionadas, quando uma mudança obriga necessariamente a outra, noutro domínio da vida. As não relacionadas, caracterizam-se por não haver qualquer tipo de ligação entre ambas. Assim se entende que um episódio de doença aguda como o AVC numa pessoa com necessidade de hospitalização tenha repercussões sobre todo o sistema familiar, obrigando a uma redefinição de tarefas e redistribuição de papéis.

Apesar de cada processo de transição assumir um percurso muito próprio e uma identificação singular, torna-se possível equacionar diversas propriedades ou características comuns a este fenómeno. A estas similaridades, Schumacher & Meleis (1994, p. 121) denominam de propriedades universais de transições.

Uma primeira propriedade, a consciencialização, reporta-se à percepção e ao reconhecimento da experiência de transição, essencial para se iniciar a procura de estratégias adaptativas. Só assim a pessoa se poderá envolver no processo, quer através da procura de informações, quer na aquisição de estratégias que lhe permitam fazer frente à experiência. Quanto maior for o seu nível de conhecimento, maior a sua preparação e o seu potencial de proactividade. Meleis (2010), considera que o modo como a pessoa se envolve na procura de conhecimentos e habilidades para encontrar estratégias no sentido de obter domínio sobre uma determinada situação, pode ser preditiva de uma transição com sucesso, caracterizada como uma oportunidade de crescimento pessoal, dotando-a para situações de transição futuras. Desta feita, a transição leva à assunção de uma nova identidade, reformulada e assente na identidade anterior.

Os mesmos autores referem que a falta de consciência sobre a mudança pode significar um impasse na progressão transaccional. Em segundo lugar, o envolvimento, que se refere ao investimento pessoal ou familiar sobre a transição e pode ser revelado na procura de informação e nas actividades que tenham como objectivo a preparação activa quer da pessoa com AVC, quer dos seus familiares cuidadores. Estar adequadamente informado é uma das condições facilitadoras do processo de transição (Meleis, 2010). A mesma autora identifica o suporte de enfermagem como um recurso facilitador ou inibidor durante as transições. Este facto dependerá da forma como os enfermeiros se envolvem na capacitação, tanto das pessoas com AVC como dos seus familiares cuidadores, para a tomada de decisão no que concerne aos processos de transições que vivenciam. Logo, quando a comunicação entre a tríade enfermeiro/familiar cuidador/pessoa com AVC é deficiente, ou menor do que a expectada, as pessoas vivenciam sentimentos de confusão, frustração, depressão e conflito, tal como constatado nos estudos apresentados ao longo do enquadramento teórico. Ao passo que, se na sua acção o enfermeiro contemplar sempre a singularidade dos intervenientes do processo, pessoa vítima de AVC e o familiar cuidador, a sua intervenção revelar-se-á facilitadora (Meleis, et al 2000).

A mudança é como já foi referido, outra característica inequívoca associada à transição, possibilitando o ganho subjectivo de compreensão, sabedoria e autoconhecimento, que leve a pessoa a um nível de mestria que lhe permita viver face à situação que experiencia (Meleis, 2010). Para ser possível compreender a transição, torna-se portanto necessário assumir uma postura integradora e tentar perceber o significado que a mudança traz de facto para a família. A própria temporalidade, mais uma característica de base da transição, deve ser considerada na óptica das pessoas que a vivenciam, tentando compreender qual o significado que atribui ao tempo da mudança. O que hoje é representativo e importante, amanhã pode não o ser. É essencial considerar esta possibilidade de variação ao longo do tempo, ponderando a necessidade de reavaliação das situações de transição. Os pontos críticos e eventos surgem como mais uma propriedade das transições e constituem os momentos potenciais de crise, concretos e identificáveis, que sendo previamente reconhecidos e trabalhados, minimizam o impacto sobre o indivíduo e a família. Meleis, et al. (2000), descrevem a transição como um fenómeno que ocorre num período de tempo com fim identificável. Este evento surge com os primeiros sinais de antecipação ou percepção da mudança; desenrola-se ao longo de um período de instabilidade, e confusão e termina com a entrada numa fase de estabilidade. A imposição de limites temporais ao fenómeno da transição torna-se difícil, uma vez que cada mudança vivida tem de ser integrada numa pessoa, numa família e num contexto específico.



Os mesmos autores asseguram que as transições são influenciadas pelas características pessoais da díade pessoa doente e familiar cuidador, onde as crenças, as atitudes e o significado atribuído à transição, determinam a qualidade da resposta à necessidade de mudança. Algumas investigações concluem ainda que indivíduos com um *status* socioeconómico mais baixo, são mais vulneráveis a eventos que dificultam a transição (Abe & Moritsuka, 1986; Uphold & Susman, 1981; citados por Meleis, et al., 2000). Por outro lado, o estado de preparação e o nível de conhecimentos prévios vão determinar a adopção de estratégias que influenciam estas vivências transaccionais. Os recursos comunitários e as condições sociais são de facto referenciados como facilitadores ou inibidores destes processos de transição. O regresso a casa de uma pessoa dependente após um AVC será favorecido, se a família possuir características de suporte e se os profissionais de saúde, particularmente os EEER, ainda no hospital, assumirem como objectivo terapêutico a sua capacitação para o cuidado. A transição será ainda facilitada, se a comunidade onde a família reside tiver à disposição apoio domiciliário, serviços de reabilitação, entre outros.

A forma como a pessoa vivencia os processos de transição tem tradução nos seus padrões de resposta que, segundo Meleis (2010), podem ser analisados através de indicadores de processo ou de resultado. Os dados relativos aos indicadores de processo de transição permitem ao enfermeiro visualizar a tendência das pessoas a quem presta cuidados para a saúde ou para a vulnerabilidade e risco, possibilitando uma intervenção precoce e célere. Os mesmos autores identificam como indicadores de processo o sentir e estar ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*<sup>47</sup>. O sentir e estar ligado, reforça a importância das relações e dos contactos que se mantêm ou que se iniciam com os diversos actores do meio envolvente, como por exemplo a família alargada, os vizinhos e os amigos. O sentir-se ligado aos profissionais de saúde, constitui um indicador positivo na transição, pois traduz a existência de uma comunicação eficaz, onde é possível o esclarecimento de dúvidas e o livre acesso às informações de saúde, que promova, a continuidade dos cuidados. Aliás, tal como referem Wright & Leahey (2005, p.159) “uma das necessidades mais significativas das famílias que enfrentam doenças é de receber informações dos profissionais de saúde”. As mesmas autoras acrescentam que instruir é uma intervenção comum para os enfermeiros, mas de grande importância para as famílias.

A interacção analisa os estilos de comportamento que se desenvolvem entre os diversos elementos envolvidos nos processos de transição, destacando-se o clima de

---

<sup>47</sup> Adopção de estratégias externas e internas, centradas no problema, que levam a pessoa a reajustar-se á nova condição de vida (Bolander, 1998).

entreaajuda, colaboração e compreensão como indiciadores de uma transição saudável. O estar situado no espaço, no tempo e nas relações é essencial para uma transição bem-sucedida. Fazer comparações é uma forma das famílias se orientarem e de encontrarem justificação para o que estão a viver. O desenvolvimento de confiança e *coping* manifesta-se por sentimentos de segurança face à transição e pelo reconhecimento dos seus pontos fortes e recursos disponíveis, vivenciando assim uma melhor adaptação ao meio.

Os indicadores de resultado manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade e traduzem o fim da experiência de transição (Meleis et al., 2000). A pessoa demonstra mestria, pela aquisição de novas competências que visam controlar os diferentes ambientes e situações, impostos pela transição. A integração fluida da identidade prevê que, após os momentos de ruptura da esfera identitária, surja uma reformulação, com integração plena dos novos papéis e responsabilidades, assente na identidade anterior.

Apêndice V a) - Registos de aprendizagem dos diferentes  
contextos do Ensino Clínico 1



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Ensino Clínico – Registo de aprendizagem**

**[REDACTED] – Serviço de Neurocirurgia**

**Promoção da mobilidade**

**Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores  
da pessoa com AVC, como suporte para a alta**

**Elaborado por:**

**Carmen Borralho – aluna n.º 3944**

**Orientadora:**

**Docente Vanda Marques Pinto**

**Lisboa**

**Novembro - 2012**

*Carmen Borralho*

No âmbito do Ensino Clínico relativo ao 3º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação centrado no tema: “Promoção da mobilidade: Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com AVC, como suporte para a alta”, surge a necessidade de elaborar um documento que se destine à auto-reflexão.

Tal facto permite não só, facilitar o registo de toda a informação relativa à aprendizagem em contexto clínico, que a aluna considere útil para o seu processo de aprendizagem individual, mas também, servir de suporte de reflexão como estratégia promotora do seu desenvolvimento profissional.

Ainda pode ser tido como registo de memórias, actos, sentimentos e questões éticas, sentidas durante a prática do ensino clínico.

Considera que os eventos/incidentes que trás a reflexão são positivos na medida em que contribuem para o desenvolvimento de competências, influenciando para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Assim sendo, o objectivo geral proposto para este ensino clínico consistia em:

- Desenvolver competências comuns e específicas para a prática da Enfermagem Especializada em Reabilitação, no que concerne à prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área RFR, tendo em conta as componentes relacionais, científica e técnica.

[REDACTED], no sentido de dar cumprimento ao objectivo supra referido, e por indisponibilidade do mesmo ter sido alocada no serviço de NC [REDACTED], considera que este último foi o local ideal para realizar o ensino clínico, pelas características que apresentará.

A supervisão do ensino clínico coube à Sra. Enfermeira Especialista em Reabilitação [REDACTED]. Muitos foram os saberes mobilizados e adquiridos, visando a prestação de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório, permitindo-lhe alargar o leque de competências específicas a outras áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, bem como à compreensão da patologia respiratória como co morbilidade decorrente do AVC, sendo esta a patologia o foco de interesse e motivação da discente durante o desenvolvimento de competências de EEER no decorrer do percurso académico efectuado. Como nos referem Branco & Santos<sup>48</sup> o

<sup>48</sup> Branco, T., Santos, R. (2010). *REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC*. Coimbra: FORMASAU. ISBN 978-989-8269-09-6.

surgimento de complicações e/ou problemas secundários na pessoa que sofreu um AVC comprometem o seu processo de reabilitação, em que “as complicações mais frequentes são as respiratórias (pneumonia, infecção do aparelho respiratório, embolia pulmonar), e as motoras” (2010, p.30).

### **Breve caracterização do Serviço de Neurocirurgia do Hospital**

O Hospital é um hospital central, localizado na margem sul do Tejo e que abrange uma vasta área geográfica e populacional. Por esse motivo, dá suporte a muitas outras unidades hospitalares e centros de saúde a vários níveis, dependendo das especialidades a si apensas e da gravidade da situação dos doentes. Na verdade, é o hospital de referência aquém do Tejo e mesmo de toda a região sul do país, como acontece com os doentes da especialidade de Neurocirurgia ou Neurotrauma e que chegam a este serviço com origem no Alentejo e Algarve.

Pode ser definido, de uma forma global, como um serviço de referência para a enfermagem, pois os cuidados prestados são de facto muito abrangentes quanto à especificidade das competências exigidas, de excelência quanto à sua qualidade e meticolosos no que diz respeito ao acompanhamento e encaminhamento dos doentes e suas famílias.

A gravidade das patologias do foro neurocirúrgico e a inquietação imputadas aos doentes e às pessoas que os acompanham tornam o internamento, neste serviço, num fardo emocional e social extremamente elevado, desgastando todos aqueles que nele intervêm. Desta feita, só os cuidados de enfermagem de qualidade tornam um qualquer internamento, neste serviço, numa vivência um pouco menos dolorosa/ pesarosa, isto porque o conjunto de enfermeiros que nele trabalham tudo parece fazer para que os seus cuidados sejam, de facto, de qualidade.

O serviço de Neurocirurgia (NC) e dispõe de 15 camas de enfermaria, distribuídas por cinco quartos de 3 camas, dispondo de televisão e unidades próprias, dispostas para dar resposta a cada doente individualmente; unidade de cuidados intermédios, com lotação de 4 camas e unidade de cuidados intensivos, também com lotação de 4 camas. Estas são duas unidades com autonomia e espaços separados, contendo todas as estruturas de apoio e suporte funcional. Encontram-

se localizadas na segunda metade do serviço, separadas da enfermaria por uma porta no corredor. As cinco enfermarias circunscrevem-se na primeira metade daquele.

No serviço de NC existe ainda, à entrada e antes de aceder ao espaço das enfermarias em si, um gabinete médico, a unidade das secretárias, uma copa e duas salas de apoio de materiais. Existe uma porta dupla que separa esta área daquela que se destina à enfermaria. Nesta encontram-se os referidos quartos, havendo ainda duas áreas de apoio reservadas para as higienes, tendo uma delas sanitários. Para além do referido, existe uma sala de tratamentos, que também funciona como gabinete médico, uma sala dos sujos, para tratamento do material infectado e sujo, o gabinete da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe e a sala de enfermagem, onde se transmitem as ocorrências.

O serviço de NC, tem como missão prestar cuidados médicos especializados, e específicos de enfermagem, a doentes do foro neurocirúrgico e neurotraumatológico, da área de influência do hospital – [REDACTED] e para situações de urgência, Península de Setúbal e região a Sul do Tejo, sendo estes cuidados assegurados nas 24 horas do dia.

A admissão dos doentes no serviço de NC pode efectuar-se através do serviço de urgência, consulta externa ou por transferência de outros serviços e/ou unidades hospitalares. Relativamente aos processos burocráticos, estes realizam-se no sector administrativo do próprio serviço, excepto fora do horário de expediente, sendo realizado no serviço administrativo do serviço de Urgência.

Tem ainda como lema, a dedicação e empenho de todos os profissionais com vista a proporcionar a todos os cidadãos e respectivas famílias os melhores e mais personalizados cuidados a nível técnico e humano.

Dos doentes atendidos no serviço, destaca-se o grupo etário das idades compreendidas entre os 45 e 65 anos, seguindo-se do grupo etário dos 25 aos 45 anos. Os doentes apresentam, de uma maneira geral as seguintes patologias:

- Lesões Ocupando Espaço (LOE), Intra-Craniana (IC);
- Tumores Cerebrais, vulgarmente designadas por, lesões expansivas intracranianas (LEIC) ou lesões ocupantes de espaço (LOE);
- LOE na medula dorso-lombar;
- Traumatismos Craneo-Encefálicos com e sem Perda de Conhecimento (TCE-PC);
- Traumatismos Vertebro-Medulares (TVM);
- Hemorragia Sub-Dural (HSD), agudas e crónicas;
- Hemorragia Sub-Aracnóideia (HSA);
- Fracturas Patológicas Vertebrais;

- Tumores Medulares;
- Hidrocefalias Pós-Craniotomias, necessitando de Drenagem Ventricular-Externa (DVE) ou Shunt Ventriculo-Peritoneal (SVP);
- Malformações Arterio-Venosas (MAV);
- Aneurismas Cerebrais ou status pós-aneurismas.

A intencionalidade na descrição das patologias mais frequentes no serviço de NC prende-se com razões de natureza prática para este trabalho. O facto essencial por que se referem estas patologias é porque impõem um quadro singular de deficiências que, naturalmente irão definir o leque de cuidados específicos de reabilitação (por exemplo, o treino de equilíbrio, sentado e em pé ou o treino vesical, por exemplo) a desenvolver. No entanto, outros ocorrem concomitantemente à doença de base, tendo como consequência, o desenvolvimento de outros tantos cuidados de reabilitação, de natureza transversal a tantas patologias, como é o caso da Cinesiterapia Respiratória e das Mobilizações, que pelas características dos doentes são indissociáveis.

Em consequência das patologias supra referidas é frequente os doentes apresentarem limitações físicas motoras, sensoriais, alterações do comportamento (estados confusionais), em situação clínica instável, traduzindo-se frequentemente por alterações do estado de consciência, onde se destacam as situações de coma.

Pelo exposto, e na verdade, em qualquer uma das áreas do serviço, a intervenção específica dos enfermeiros especialistas em reabilitação é crucial neste contexto.

Como se pode comprovar, as patologias mais comuns no serviço de NC são de facto fecundas para o desenrolar de um bom ensino clínico. O sofrimento e o desgaste emocional causados são imensuráveis, (muitas vezes a dor ao recordar o passado e imaginar o futuro, é tão insuportável que “paralisa” a mente de um corpo/ parte do corpo já paralisado, dificultando a consciencialização, aceitação, adaptação do doente e respectiva família à sua nova realidade), pelo que a intervenção dos enfermeiros especialistas torna-se fulcral e as suas intervenções devem ser tão rigorosas do ponto de vista científico, quanto flexíveis.

O serviço de NC privilegia a presença do familiar de referência, entre as 11h e as 21h, podendo este horário ser alargado sempre que a equipa de saúde o considere pertinente do ponto de vista terapêutico e quando não interfere com o normal funcionamento do serviço.

Aquando do acolhimento é realizada a recolha de dados, de modo a estabelecer objectivos e delinear o plano de cuidados para o doente. Não é só a equipa de enfermagem que elabora o seu plano, mas também os diferentes profissionais que se articulam com o serviço.



A equipa interdisciplinar é constituída por médicos, (neurocirurgiões, anestesista, internos de neurocirurgia), em estreita colaboração com os serviços de Neurorradiologia, Neuro-oncologia e Medicina Física e de Reabilitação, enfermeiros especialistas em reabilitação, enfermeiros generalistas, fisioterapeutas, assistente social, dietista, secretárias de unidade e assistentes operacionais.

Em regra, a equipa interdisciplinar reúne-se todas as quartas-feiras, para se estabelecerem objectivos relativos aos doentes internados no serviço. A representar a equipa de enfermagem do serviço geralmente está presente a Enfermeira Chefe e/ou o Enfermeiro Especialista, sendo posteriormente partilhada a informação com a restante equipa de enfermagem.

A equipa de enfermagem é composta por 39 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Chefe (especialista em Enfermagem de Reabilitação, mas que apenas exerce funções de coordenação/gestão do serviço) e 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (que desempenham funções de especialistas em reabilitação, e na ausência da Enfermeira Chefe, funções de coordenação/ gestão da equipa). De referir, que sempre que o serviço carece de enfermeiros por férias, baixas médicas, licenças ou outros motivos, os enfermeiros especialistas desempenham funções de generalistas.

Os enfermeiros estão distribuídos por 5 equipas com horários por turnos. Cada uma das equipas tem cerca de 6 elementos, em que um dos quais desempenha funções de chefe de equipa. O método de trabalho adoptado no serviço de NC é o método individual, cabendo a cada enfermeiro os cuidados aos doentes que lhe foram distribuídos, assim como a administração da terapêutica e outro tipo de obrigações logísticas, ou seja, todos os cuidados aos doentes a si imputados.

As 24 horas no serviço de NC estão divididas por 3 turnos: manhã, tarde e noite. Os enfermeiros especialistas em reabilitação são distribuídos apenas pelos turnos da manhã e da tarde, incluindo fins-de-semana e feriados, dando continuidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados. Aos enfermeiros especialistas cabe a gestão das prioridades quanto aos doentes a quem devem prestar os seus cuidados.

Os enfermeiros especialistas articulam-se com os enfermeiros generalistas da seguinte forma: aos enfermeiros generalistas são atribuídos os doentes internados no serviço, quer seja na enfermaria, na unidade de cuidados intermédios, ou na unidade de cuidados intensivos. Após a avaliação dos doentes (efectuada pelos enfermeiros especialistas, como referido), no que concerne á necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, que é feita durante a passagem de turno na sala de trabalho, o enfermeiro

especialista comunica a cada colega qual (ais) o (s) doente (s) que irão beneficiar de cuidados de reabilitação naquele turno específico.

Existe sempre partilha de informação ao longo do turno entre os pares, relativamente ao estado clínico do doente, para que se possa actuar atempadamente nalguma situação que necessite de cuidados especializados.

Na referida avaliação é tida em consideração, a estabilidade eléctrica e hemodinâmica, os défices motores, sensoriais, cognitivos e a função respiratória dos doentes internados.

O encaminhamento dos doentes seja para o domicílio ou seja para outras instituições, é realizado por qualquer enfermeiro depois de mobilizados todos os recursos e profissionais necessários, a fim de deixar o processo do doente satisfatoriamente direccionado. O papel dos enfermeiros generalistas centra-se na entrega de toda a documentação de encaminhamento para outras instituições ou RNCCI, por exemplo, assim como o ensino e informação acerca de medidas ou terapêuticas mais específicas a que se deve ter especial atenção. Devem entregar a Carta de Alta, Encaminhamento e Registos de Enfermagem, receituário e, eventualmente, outra documentação.

No hospital, onde o doente e a equipa de saúde são os grandes protagonistas, a família vem paulatinamente a demarcar o seu lugar, a conquistar um espaço que a cada dia se amplia no sentido do seu reconhecimento como especialistas na situação de doença do seu familiar. Embora na sua prática clínica, constate que o enfermeiro, promotor da acção da família, pela perspectiva holística do seu cuidado, experiencia movimentos de dualidade, de aproximação, por um lado, e de distanciamento por outro, numa atitude positiva de reconhecimento das suas potencialidades e simultaneamente recuando numa postura defensiva, considerando-a fonte de conflitos e de *stress* profissional.

Foi possível aferir, no serviço onde decorreu o ensino clínico, que tanto os enfermeiros especialistas como os enfermeiros generalistas têm uma atitude positiva face à família, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância do estabelecimento do diálogo com os familiares na procura da qualidade de vida, da autonomia e independência, na recuperação funcional, na reinserção familiar e social dos doentes.

Os enfermeiros do serviço de NC [REDACTED] reconhecem que a transição doença/saúde, mais do que um processo singular, é algo que se vivencia melhor em família. Assim sendo, as famílias também têm um papel activo nos cuidados, podendo participar nos mesmos, bem como, solicitar uma reunião e/ou conversa informal com a equipa de enfermagem e/ou médica, a fim de tomar conhecimento dos progressos do seu familiar e

expor as suas dúvidas. A equipa de enfermagem também costuma convocar a família quando necessita de efectuar o ponto da situação do seu familiar, fazer uma sessão de esclarecimento, e a preparação para a alta, através de ensinamentos.

Todos os enfermeiros do serviço de NC contribuem para o processo de reabilitação dos doentes, motivando-os para a sua recuperação e incentivando a família/familiares cuidadores como parceiros neste processo, capacitando-os para a continuidade dos cuidados após a alta. O papel pedagógico do enfermeiro é fundamental, pois o ensino e treino das actividades da vida diária ao doente/ família/ familiares cuidadores permite minimizar e, até mesmo superar, os medos e ansiedades inerentes à sua nova condição de vida.

Não poderia deixar de reconhecer o papel da Sra. Enfermeira-Chefe, [REDACTED] dos enfermeiros especialistas em reabilitação, [REDACTED] pelo duplo papel que têm desenvolvido no serviço de NC: o de exaltar o papel da especialidade de reabilitação e do oportuno sentido de envolvimento dos restantes enfermeiros generalistas no espírito daquela especialidade.

A evolução da enfermagem enquanto ciência levou ao desenvolvimento de uma linguagem específica, a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), que tem progressivamente vindo a ser adaptada ao contexto real de cada serviço institucional de saúde.

A CIPE constitui *“uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados, fornecendo uma terminologia para a prática de enfermagem que pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar de modo a permitir comparar dados de enfermagem.”* (CIPE Beta2, 2001, p.13)<sup>49</sup>.

Desta forma, a CIPE fundamentou a criação do aplicativo informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) que foi devidamente adaptado à área da reabilitação no serviço supra citado pelos enfermeiros especialistas de reabilitação, há cerca de quatro anos.

A CIPE possibilita aos enfermeiros a concepção de dois tipos de intervenções, intervenções interdependentes e intervenções autónomas, estas últimas da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, permitindo-lhes avaliar uma determinada pessoa ou grupo num contexto específico, observando um conjunto de dados, que lhe

<sup>49</sup> CIPE (2001) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Beta 2. 2.ªed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 228p.

permitem ajuizar e atribuir um diagnóstico, prescrever intervenções em função desse diagnóstico e posteriormente realizar a sua avaliação.

Este foi um aspecto bastante positivo, pois pode constatar que os registos de enfermagem de reabilitação estão devidamente organizados, dando visibilidade á efectiva prestação de cuidados de reabilitação realizada, onde se inclui a intervenção educacional dos enfermeiros ao doente internado e respectiva família.

De forma a dar resposta a um dos objectivos que havia projectado, “Identificar o papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no seio da equipa multidisciplinar dos serviços onde irão decorrer os ensinamentos clínicos, na forma como se relaciona com a pessoa em processo de doença/familiar cuidador, e como se articula com os outros elementos da equipa e os restantes serviços da instituição/comunidade”, considerou que a realização de uma entrevista estruturada no início do ensino clínico não seria uma estratégia adequada para lhe dar resposta, por ter a certeza que as perguntas iriam na sua percepção ser insuficientes.

Assim, alcançou o referido objectivo não só através da observação, mas também discutindo em particular com a Enfermeira [REDACTED], sobre as várias situações que foram surgindo, sendo por assim dizer uma entrevista que se realizou em vários momentos pedagógicos, ao longo do ensino clínico.

### ***Descrição do papel das enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação***

As funções do cargo inerentes às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação estão descritas e documentadas no Manual de Procedimentos, na Instrução de Serviço Nº NC – 11/03, onde se descreve que a enfermeira de reabilitação é aquela que:

*exerce todas as funções inerentes à área da prestação de cuidados, privilegiando a prestação de cuidados especializados de reabilitação e a garantia da sua continuidade, mediante o diagnóstico e planeamento prévio, execução de registos de continuidade, orientação, ensino e supervisão da equipa de enfermagem e família do doente. Deve ainda promover e orientar as equipas de enfermeiros e de AAM [Auxiliares de Acção Médica] relativamente ao cumprimento dos princípios de Mecânica Corporal. A sua diferenciação e desempenho deverão identificá-lo como elemento de referência da equipa de Enfermagem. (2008, p.1)*

O referido documento interno do serviço (que por motivos de ordem formal não será apresentado neste trabalho) descreve o cargo segundo o disposto legal no Decreto-Lei N.º 437/91 de 8 de Novembro de 1991, na Série I-A do N.º 257 e página 5723, que legisla a carreira de enfermagem e onde estão definidas as funções do enfermeiro especialista, pelo que se omite a sua transcrição por razões inerentes aos objectivos deste trabalho. O conteúdo funcional pode ser lido no Capítulo II, Secção I, Artigo 7º e ponto, 3 do mesmo Decreto-Lei sendo este o texto de base para a enunciação da norma interna citada no parágrafo anterior.

O reconhecimento de todos os profissionais do serviço de NC acerca da importância do cargo de enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação é notório, aliás como já foi referido anteriormente. São também elementos imprescindíveis como agentes mediadores nos processos de transferência ou da alta clínica dos doentes, assim como o elemento mais dinamizador na execução de ensinamentos/treinamentos aos familiares ou cuidadores informais, tendo um papel imprescindível na quer no restabelecimento do doente quer da renovação da imagem deste por parte da família, reintegrando-o no seu seio.

A proximidade diária do enfermeiro especialista com o doente permite que o primeiro esteja mais sensível para certos pormenores acerca das mínimas alterações que possam ocorrer com os doentes ao longo do internamento.

Algumas intervenções de enfermagem de reabilitação estão integradas no plano global dos cuidados de enfermagem e são adoptados pelos enfermeiros generalistas após a devida orientação, para que haja um contínuo desenvolvimento das mesmas. Tal facto permite que os cuidados iniciados não percam os ganhos obtidos após terem sido iniciados. Destaca a título de exemplo, os treinamentos vesicais, cuja obrigatoriedade em todos os turnos deve ser assumida pela equipa de enfermagem, na ausência dos enfermeiros especialistas; a estimulação neuro sensorial, concretamente a visual ou a comunicacional, através do levantar do doente e colocando-o no corredor, para que possa comunicar com as pessoas do serviço, sejam estas profissionais ou os outros doentes internados.

Relativamente ao encaminhamento dos doentes, para outra instituição e/ou domicílio é precedido pelo preenchimento e registo dos cuidados específicos que se pretendem no domicílio ou a prestar pela Rede de Cuidados Continuados e que sejam considerados imprescindíveis para a continuidade das intervenções que estavam a ser realizados até ao momento da alta.

A atenção para o pedido de prescrição ou requisição de meios a serem exigidos para o domicílio (que é da responsabilidade do médico), como aparelhos de aspiração de secreções ou mesmo balas de oxigénio, deve ser um requisito dos enfermeiros de

reabilitação. Considera-se essa actuação como uma medida preventiva, evitando que um provável esquecimento por parte do clínico não se imponha como um real obstáculo à continuidade da assistência no domicílio.

Pôde constatar que o grupo de enfermeiros especialistas em reabilitação tem por norma realizar artigos científicos sobre a sua área de intervenção hospitalar com o intuito de dar visibilidade á eficácia do trabalho realizado, bem como comprovar os ganhos de saúde para o doente e a instituição. É exemplo disso, o último artigo publicado na Revista Nursing n.º 283, a 01/09/2012, sobre Atelectasias – Estudos de Caso, Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

### **Actividades desenvolvidas no ensino clínico**

Considera que as quatro semanas de ensino clínico resumem-se no seguinte: observar, avaliar/identificar e intervir. Parece ser pouco, á primeira vista, mas são quatro verbos que representam na sua opinião muito trabalho, empenho e investimento pessoal, não só seu, mas também da Enfermeira Cristina, pela orientação cedida.

O facto de ter realizado o ensino clínico do serviço de NC revelou-se profícuo em aprendizagens, pelo vasto leque de situações que proporcionou dado as características do serviço – enfermaria, unidades de cuidados intermédios e intensivos.

Levou consigo, a necessidade e a disponibilidade de aprendizagem, pelo que todas as situações vivenciadas constituíram alvo da sua atenção...o que lhe proporcionou, no término do ensino clínico, trazer na bagagem novos conhecimentos, realidades e sentires.

Como é comum numa fase inicial houve alguma dificuldade na organização e sistematização das actividades a desenvolver junto do doente, por insegurança e por falta de experiência no âmbito do ensino clínico, situações estas que foram sendo ultrapassadas gradualmente à medida que ia prestando os cuidados de enfermagem de reabilitação, solidificando a sua actuação com o recurso ao processo clínico, à colheita de dados junto do doente/família, a pesquisa bibliográfica frequente e, pelo esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos com a Enfermeira [REDACTED]

Progressivamente sentiu maior capacidade de organização, planificação das acções de enfermagem de reabilitação e gestão das prioridades quanto aos doentes a quem devia prestar os seus cuidados. Adquiriu um desenvolvimento sucessivo e um aumento do nível de autonomia, ao nível dos três sectores que o serviço dispõe, no que respeita a prestação de cuidados de enfermagem especializados, integrados no plano global dos cuidados de

enfermagem, mobilizando os recursos existentes no serviço e adaptados às situações em causa.

### **1ª e 2ª Semanas de ensino clínico**

Inicialmente foi confrontada com as dificuldades que no seu íntimo já estava à espera: como começar?... Como passar de enfermeira perita em unidade de cuidados intensivos, o seu contexto profissional há 11 anos, para enfermeira iniciada no âmbito dos cuidados especializados de reabilitação? ... Nem toda a bibliografia consultada ou a contextualização teórica contida no seu projecto de estágio lhe deram essa resposta, pelo menos não no início, e isto porque não estava desperta para as entrelinhas.

No fundo não há “receitas” para o “como começar?”, existem sim bases essenciais e princípios que devem ser respeitados.

Assim sendo, na primeira semana realizou dois turnos, tendo delineado estratégias de aprendizagem em “três degraus”.

O primeiro degrau correspondia ao seu entrosamento no seio da equipa de saúde do respectivo serviço. A intencionalidade de se realizar uma integração progressiva teve, como ideia principal, a conquista da confiança dos elementos do serviço. A integração na dinâmica do serviço de NC foi gradual mas eficaz. Deu-se a conhecer os objectivos do estágio a os limites para a sua consecução. No fundo, a integração no serviço decorreu de forma exemplar e transparente permitindo a partilha de conhecimentos, havendo desde o início do ensino clínico, um mútuo respeito pelas actividades de cada um dos profissionais.

No segundo degrau, a sua intenção centrou-se na observação e análise dos documentos e protocolos existentes no serviço que documentassem a importância e o papel do enfermeiro especialista de reabilitação, tal como foi mencionado anteriormente, bem como na realização de conversas informais com os enfermeiros do serviço.

O último degrau correspondia à aprendizagem e execução de práticas específicas no âmbito da reabilitação a serem aplicadas aos doentes.

Para dar resposta á metodologia de ensino-aprendizagem preconizada foi deveras importante acompanhar (através de observação participativa) a actuação da Enfermeira [REDACTED] em todos os doentes que necessitavam de cuidados de enfermagem de reabilitação, realizando esses cuidados de acordo com os “*timings*” das rotinas no momento, de forma a não entrar em “conflito” com as tarefas dos restantes enfermeiros. Em



simultâneo, as atenções iam-se centrando na escolha do tipo de doentes que permitissem uma aprendizagem mais proficiente e sólida.

À medida que o estágio ia decorrendo ao longo das duas primeiras semanas, a complexidade e a quantidade de intervenções de enfermagem de reabilitação ia crescendo. Se bem que os ganhos dos doentes se iam fazendo de forma quase subtil, a necessidade de se investir cada vez mais naqueles cuidados era real. Assim, a escolha inicial recaiu numa doente, cuja resenha histórica se apresenta em anexo (APÊNDICE I) e que deu lugar ao plano de cuidados realizado e enviado por correio electrónico á professora orientadora Vanda Marques Pinto para apreciação e que traduz as vivências que a prática proporcionou. Considera que o mesmo pode condicionar uma nota quantitativa mas não consegue avaliar a qualidade do trabalho efectuado.

Ao elaborar este plano de cuidados, teve sempre em consideração que os diagnósticos levantados no contexto da enfermagem de reabilitação são “uma parte de todo o plano de cuidados”, em que cada profissional intervém naqueles que possui mais competência.

Para além do exposto prestou cuidados especializados a pessoas com as mais diversas patologias, nos três sectores que o serviço dispõe, o que foi sem dúvida de extrema pertinência para a sua aprendizagem, sentindo uma constante necessidade de aprofundar conteúdos por forma a sustentar a sua intervenção numa base sólida de conhecimentos. A título de exemplo destacam-se a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; a Asma; o Derrame Pleural; o Pneumotórax; as Atelectasias, as Pneumonias, o que lhe permitiu aprofundar, consolidar e adquirir conhecimentos num leque de patologias tão vasto.

Já na UCI, prestou cuidados especializados a uma doente com o diagnóstico de Pneumonia Bilateral Hipoxemiante e Derrame Pleural á esquerda, visando o cumprimento dos objectivos inicialmente propostos para este contexto de cuidados e actividades perspectivadas. Acompanhou esta pessoa durante toda a sua incursão no serviço, permitindo-lhe realizar a recolha de dados, quer da Sr.<sup>a</sup>, quer da família; realizar a neuroavaliação de enfermagem e exame objectivo, que sustentaram a elaboração de um plano de intervenção exequível, de acordo com os objectivos da pessoa e família.

A realização deste plano de cuidados teve por base o modelo de enfermagem da CIPE por ser o modelo adoptado por este Hospital, o que fez com que o plano tivesse uma linguagem adaptada à realidade do mesmo, tornando-o viável.

Independentemente da realização do plano de cuidados para esta Sr.<sup>a</sup>, diariamente delineou e realizou planos de intervenção de reabilitação para os outros doentes aos quais prestou cuidados especializados.



### **3ª e 4ª Semanas de ensino clínico**

No primeiro dia da 3ª semana escolheu uma doente que apresentava uma patologia diferente da anterior para elaborar/ materializar o segundo plano de cuidados, conferindo um leque de experiências diferente mas muito gratificante, quanto aos cuidados de enfermagem de reabilitação a si apensos. Desta feita, concentrou todo o esforço na conceptualização e concretização de um plano de cuidados adequado à doente em causa (APÊNDICE II). A finalidade principal era, desenvolver um conjunto de outros procedimentos e técnicas, para que fosse alargado o espectro teórico-prático dos conhecimentos adquiridos no período teórico de aulas.

Na verdade, a escolha dos doentes tinham, na sua essência, esta premissa. Cuidados específicos em doentes com patologias complexas aumentariam, obrigatoriamente, o grau de dificuldade e exigência do ensino clínico o que, ainda assim, o tornaria mais atractivo e motivador. No entanto, as actividades envolvidas passavam previamente a ser estudadas e fundamentadas antes de serem adictas aos cuidados diários.

Ainda que muitas das actividades estivessem no âmbito das áreas anteriormente reportadas (respiratória e sensório motora) nos planos de cuidados elaborados, era importante não esquecer os objectivos que importavam aos doentes: melhorar o seu estado clínico relativo às patologias documentadas, assim como prevenir a evolução dos seus sinais e sintomas; restabelecimento dos défices passíveis de reabilitação e prevenção de patologias associadas à imobilidade (através das mobilizações, das actividades terapêuticas, do levante, das transferências do leito para a cadeira de rodas e ou cadeirão e vice versa, exercícios de fortalecimento muscular, correcção postural).

Para além do exposto, outros cuidados eram ministrados e inseridos nesta altura, para surtir um efeito sinérgico dos demais cuidados, incrementando nos doentes uma maior motivação e autonomia possível. Assim, essas intervenções diferenciadas visavam diminuir o grau de incapacidade ou défice até a um grau razoável de autonomia (proporcionar treino de marcha com recurso a apoios técnicos próprios, específicos a cada situação em particular), bem como promover a estimulação neuro-sensorial, através da permanência dos doentes no corredor das enfermarias, onde se centram todas as actividades de rotina do serviço.

Dadas as características dos doentes, estes permanecem internados no serviço de NC durante longos períodos de tempo. Tal facto favoreceu ao longo do ensino clínico, não só, a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação desejada, mas também um

conhecimento mais detalhado e enriquecedor dos doentes. Tomou consciência de que as verdades escritas nos livros, não têm a mesma intensidade ao serem ouvidas num discurso efectuado na primeira pessoa. Em conversas informais, ouviu histórias de vida, difíceis de aceitar pelos doentes e até mesmo por si, de luta e de persistência, de muitas perdas e alguns ganhos...histórias que precisavam de ser partilhadas, ouvidas e sentidas.

Sem dúvida que a aquisição de competências na prática clínica é sempre mais complexa e exigente do que aquelas que se podem adquirir através da teoria. Desta forma, o enfermeiro necessita de experiência para poder escutar e criar um ambiente propício para o estabelecimento de uma relação empática e deve ter a capacidade e a subtilidade de tentar descobrir qual a maior preocupação e qual a disposição do doente/família para enfrentar e lutar pelo seu processo de reabilitação.

Durante o período de ensino clínico, no seu relacionamento com o doente/família, procurou que o processo de empatia e de relação de ajuda estivessem subjacentes, não se verificando barreiras de aproximação e/ou de comunicação, no entanto, pela particularidade de cada doente/família houve necessidade de abordagens diferentes (por exemplo, através da comunicação não verbal).

Foram utilizados no planeamento dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação instrumentos de recolha de informação, nomeadamente através do exame neurológico, da escala de avaliação de força de Lowler, da avaliação da sensibilidade e da espasticidade (englobadas no exame neurológico), da escala de Barthel e da medida de independência funcional (MIF). Relativamente a este último instrumento há a referir que o grupo de enfermeiros especialistas do serviço de NC se encontra a traduzir o documento de versão inglesa para a versão portuguesa, de forma a aplicar correctamente a escala no serviço. Tal documento foi conseguido através da formação que tiveram sobre o tema, no Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, em São Bráz de Alportel, durante 5 dias.

Tinha em mente que o exame neurológico seria realizado sistematicamente pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, dadas as características dos doentes internados no serviço, com o intuito de comparar sua evolução neurológica no decorrer do internamento ou despistar eventuais alterações. Contudo, constatou que de facto é um procedimento que não é efectuado (integralmente) por ser um algo moroso e por vezes não ser possível devido á não colaboração por parte dos doentes, de acordo com os testemunhos da enfermeira [REDACTED].

Durante o ensino clínico não teve a oportunidade de observar a realização do exame neurológico, mas teve a oportunidade de o realizar. Considera que foi uma actividade que lhe causou insegurança por ter de recorrer a um documento orientador para o efeito, o que de certa forma poderá ter causado constrangimento aos doentes em questão. É sua intenção explorar, nos ensinos clínicos vindouros, a vertente da neuroavaliação.

No âmbito da reabilitação funcional respiratória, aquando da avaliação dos doentes recorreu sistematicamente á anamnese, exame físico através da observação, palpação, auscultação pulmonar antes e após a intervenção de reabilitação e análise dos exames radiológicos. A avaliação era validada com a enfermeira [REDACTED], a equipa médica, bem como através de consulta de registos no SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e no SAM (Sistema de Apoio Médico). Teve a oportunidade de realizar diversas técnicas no âmbito das competências da Enfermagem de Reabilitação, das quais destaca: o acompanhamento dos doentes aos quais prestou cuidados a exames complementares de diagnóstico, tais com radiografia ao tórax, tomografia axial computadorizada e toracocenteses, sempre que se considerou pertinente; observação e análise de gasimetria arterial; monitorização da saturação periférica de oxigénio (SaO<sub>2</sub>) e restantes sinais vitais; avaliação do grau de conhecimento que a pessoa e família detinham sobre a patologia aguda ou crónica e quais as estratégias adoptadas pelos mesmos para dominar a cronicidade da patologia, quando em presença desta. Implementou planos de intervenção de reabilitação e de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) aos doentes, dos quais destaca: técnicas e posição de descanso e relaxamento; técnica de consciencialização da respiração; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; respiração diafragmática com ênfase nos dois tempos respiratórios; reeducação diafragmática; reeducação costal selectiva nas diversas porções e decúbitos, sem e com abertura costal; reeducação costal global com bastão; terapêutica de posição nos diversos decúbitos; drenagem postural modificada (lobo superior, médio, língula e inferior nas várias posições de drenagem); técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse dirigida; assistida; CATR e aspiração de secreções); observação das secreções brônquicas expelidas e/ou aspiradas, suas características e quantidade; manobras acessórias (compressões; percussões e vibrações); ensino ao doente da utilização de Inspirómetro de Incentivo; aerossoloterapia; gestão da oxigenoterapia de acordo com os diversos tipos de dispositivos existentes no serviço adequados a cada doente (óculos e sondas nasais, máscaras de venturi, entre outros).

No que concerne á intervenção educacional junto dos familiares cuidadores, as intervenções realizadas não foram desenvolvidas adequadamente, como era seu desejo (o

efeito pedagógico reportou-se apenas á técnica de aspiração de secreções intra cânula de traqueostomia ao marido da D.<sup>a</sup> T, atendendo que a doente poderia ter alta para o domicílio), pois quando estavam planeadas e programadas para serem desenvolvidas maioritariamente nos dias de estágio, a doente em questão faleceu. O outro momento pedagógico remeteu para o auto-esvaziamento vesical de um doente paraplégico. Aqui foi apenas o relembrar do procedimento, uma vez que durante os sete meses de internamento, o doente já tinha sido submetido aos respectivos ensinamentos, mas devido a uma complicação inerente á imobilidade (úlceras de pressão da região sagrada com necessidade de intervenção cirúrgica) teve de permanecer algaliado, até aquele momento.

Constatou a premente e real necessidade de se efectivarem ensinamentos aos doentes e familiares cuidadores, alertando-os e preparando-os para os cuidados de suporte nas actividades de vida diária e do restabelecimento, tanto quanto o possível, do grau de independência dos doentes. Só com um programa efectivo, bem delineado e iniciado de forma precoce se podem obter resultados efectivos e duradouros, o que já não foi possível durante o restante período de ensino clínico. Porém, esta foi uma aprendizagem que receberá, no futuro, mais atenção e tempo despendido, tratando-se de uma componente essencial como suporte para a alta domiciliar.

Os recursos disponíveis no serviço de NC não são bastantes para a dimensão das necessidades deste mas, os apoios técnicos que existem foram amplamente utilizados (desde as «lonas» de adaptação ao elevador e que são responsáveis pelas transferências dos doentes, seja do leito para o cadeirão ou cadeira de rodas ou vice-versa, ao calçador de meias de contenção, ao easy-slyde – «lona» de transferência de doentes da cama para a maca ou maca-banheira, ao bastão para os exercícios de apoio a cinesiterapia respiratória, entre outros).

### ***Contributo da evidência científica para o serviço de NC***

Com o propósito de evidenciar a importância da implementação precoce de um programa de reabilitação á pessoa em situação crítica, no serviço de NC, nomeadamente na UCI, elaborou uma pesquisa documental de forma a promover uma troca de ideias com a equipa de enfermagem de reabilitação. Para tal foi utilizada a base de dados informática: Ebsco, nomeadamente, Medline e Cinhal e o motor de busca Google.

As UCI's são serviços diferenciados, aptas a um tratamento e vigilância da pessoa em situação crítica, que comporta uma alteração multisistémica, requerendo, maioritariamente, a necessidade de conexão a prótese ventilatória por falência respiratória,

propiciando a imobilidade prolongada que conduz a um maior número de dias de internamento, encarecendo os custos associados. A necessidade de actuação dos enfermeiros especialistas em reabilitação nestas unidades minimiza o impacto das complicações pulmonares e musculares adjacentes, prevenindo futuras sequelas, tal como corroboram os estudos seleccionados (Anexo I). Estes foram apresentados às enfermeiras [REDACTED] no dia 28 de Outubro de 2012.

Desta feita, materializou assim um contributo para o serviço esperando que a mesma possa ser profícua para a prática clínica, produzindo ganhos quer para os profissionais quer para os doentes e suas famílias.

Apêndice V a) - Anexo 1 - Contributos de evidência científica  
para o serviço de NC

Case Report

## Physical Therapy for a Patient in Acute Respiratory Failure

**Background and Purpose.** The main indications for physical therapy for patients in intensive care units (ICUs) are excessive pulmonary secretions or atelectasis. Timely physical therapy interventions may improve gas exchange and reverse pathological progression, thereby curtailing or avoiding artificial ventilation. The purpose of this case report is to illustrate 24-hour availability of physical therapy for a patient with acute respiratory failure. **Case Description.** The patient was a 66-year-old man who was admitted to an ICU for acute respiratory failure. Intensive physical therapy, based on Dean's physiologic treatment hierarchy for patients with impaired oxygen transport, consisted of upright body positioning, mobilization and exercise, and active cycles of breathing techniques every 2 hours for the first 12 hours he was in the ICU. **Outcomes.** In total, the patient received 11 physical therapy sessions over his 48-hour stay in the ICU (6 sessions on day 1 and 5 sessions on day 2). Arterial oxygenation improved markedly with radiographic resolution of infiltrates, and planned endotracheal intubation and mechanical ventilation were avoided. **Discussion.** This patient with acute respiratory failure received physical therapy in a timely manner afforded by 24-hour access to physical therapy. The intensive physical therapy might be more cost-effective than if the patient had been managed with intubation and mechanical ventilation. Patients in ICUs who have excessive pulmonary secretions or atelectasis may benefit from access to physical therapy 24 hours a day. [Wong WP. Physical therapy for a patient in acute respiratory failure. *Phys Ther.* 2000;80:662-670.]

**Key Words:** *Critical care, Intensive care units, Radiography, Respiratory failure.*

Wai Pong Wong



**P**hysical therapy may be indicated for patients in the intensive care setting when they have retained secretions and radiological evidence of atelectasis or infiltrate, or as prophylaxis in conditions such as acute head injury and smoke inhalation.<sup>1</sup> Physical therapy interventions include postural drainage, breathing exercises, percussion, vibration, manual hyperinflation, coughing, huffing, and suction. Body positioning, which primarily aims to optimize ventilation-perfusion ratios, and mobilization and exercise are physical therapy interventions not traditionally considered as part of the treatment for these patients. Dean,<sup>2</sup> based on extensive reviews of physiologic evidence, concluded that body positioning and mobilization and exercise should be the first-line interventions for patients with cardiopulmonary system dysfunctions.

Few studies have examined the effectiveness of physical therapy interventions for patients who are critically ill and in intensive care units (ICUs). Mackenzie and colleagues<sup>3-5</sup> applied physical therapy, consisting of postural drainage, percussion, vibration, and suction, to patients with atelectasis, lung contusions, pneumonia, and acute respiratory distress syndrome. Each session of physical therapy lasted about an hour. They concluded that treatment resulted in a decrease in intrapulmonary shunt,<sup>4</sup> an increase in total lung/thorax compliance\*

\* Static total lung/thorax compliance ( $C_T$ ) was calculated as  $C_T = (\text{inspired volume} - \text{compressible volume}) / (\text{end-inspiratory "plateau" pressure} - \text{positive end-expiratory pressure})$ .<sup>5</sup> Measurements were made before administration of physical therapy, immediately after physical therapy, and every half hour for up to 2 hours thereafter.<sup>5</sup>

WP Wong, PT, BPhy(Hons), is Principal Physiotherapist, Physiotherapy Department, Singapore General Hospital, Outram Road, Singapore 169608, Singapore (gpywvp@sgh.gov.sg).

Mr Wong provided concept/research design, writing, and data collection and analysis. He thanks the patient for the learning experience, the staff of the Surgical Intensive Care Unit of the Singapore General Hospital, Singapore, and the physical therapists working at night.

*This article was submitted July 19, 1999, and was accepted March 3, 2000.*

Physical Therapy . Volume 80 . Number 7 . July 2000

***This case report highlights the potential role and contributions of 24-hour access to physical therapy by patients who have acute respiratory failure.***

for up to 2 hours,<sup>4,5</sup> resolution of radiographically visible infiltrates,<sup>3</sup> and no adverse cardiopulmonary complications.<sup>3,4</sup> None of their studies, however, included a control group. Stiller and colleagues<sup>6,7</sup> investigated the most effective combination of physical therapy interventions for treating patients with acute lobar atelectasis. They demonstrated that physical therapy consisting of modified postural drainage (without head-down tilt), manual hyperinflation, and suction (or, for patients who were not intubated, modified postural drainage, deep breathing, coughing, and huffing, interspersed with relaxed breathing) led to greater radiographically visible resolution of lobar atelectasis compared with physical therapy that did not include modified postural drainage or physical therapy that also included chest wall vibration.<sup>6,7</sup> Furthermore, physical therapy administered hourly for 6 hours was shown to be more effective than physical therapy given once in 6 hours.<sup>6</sup>

Several researchers also have documented the adverse effects of physical therapy on oxygenation<sup>8</sup> and hemodynamic stability<sup>9-13</sup> in patients with respiratory or hemodynamic compromise needing airway clearance. In these studies, physical therapy consisted of percussion

Wong . 663



and suction in both side-lying positions. This combination of interventions, which is different from the physical therapy administered in the other studies cited, is questionable because alternate side-lying positioning is not specific to the underlying lung pathology and percussion alone has been shown to cause atelectasis,<sup>14</sup> cardiac arrhythmias,<sup>15</sup> and fewer benefits compared with other physical therapy interventions such as manual hyperinflation.<sup>16</sup> Instead, percussion (and vibration), if indicated (especially for facilitating movement of secretions), should be applied during deep breathing and interspersed with relaxed breathing (also known as "breathing control"). These techniques are used in conjunction with coughing and huffing, in a series of maneuvers called "active cycle of breathing techniques."<sup>17</sup> The cycle begins and ends with breathing control. Deep breathing exercises with or without percussion and vibration are included in the cycle. The cycle continues until coughing or huffing is dry and nonproductive. The active cycle of breathing techniques has been shown to be effective in secretion clearance in patients with cystic fibrosis.<sup>17,18</sup> These techniques may be useful for other patients who are not intubated and ventilated.

In recent years, physical therapy services for patients with respiratory failure have come under scrutiny as a result of limited financial resources.<sup>19</sup> In 1991, the Task Force on Guidelines of the Society of Critical Care Medicine recommended "24 hr/day availability of measures aimed at pulmonary secretion control, specifically chest physiotherapy and postural drainage"<sup>20(p276)</sup> for patients with acute respiratory failure on mechanical ventilatory support. In reality, physical therapy is not always available 24 hours a day. In Australia, for instance, 24-hour access to physical therapy was available in 19 (45%) out of 42 hospitals surveyed.<sup>21</sup> Five other hospitals (12%) provided physical therapy after normal working hours, but these hours were limited to 5:00 to 9:00 PM or 5:00 PM to midnight.<sup>21</sup> In hospitals that previously had 24-hour access, physical therapy was reduced to cover from 4:00 PM to 11:00 PM.<sup>22</sup> The purpose of this case report is to document the contributions of 24-hour availability of physical therapy to the care of a patient with acute respiratory failure in an intensive care setting.

### Case Description

#### Subject and History

The patient was a 66-year-old Chinese man. He was originally admitted via the emergency department for increasing dyspnea that was associated with productive coughs of a large amount of mucopurulent sputum. He was diagnosed, based on the chest radiograph on admission, as having a moderate pneumothorax (20%) on the right side. He had a history of chronic obstructive

pulmonary disease (COPD), and spontaneous pneumothorax is not uncommon. Re-expansion of the lung was immediate following chest tube insertion.

A day after re-expansion of the lung, he complained of pain arising from chest tube insertion, inability to urinate, and severe dyspnea. A urinary catheter was inserted, resulting in passage of urine (200 cc from 7:30 AM to 2:30 PM on that day), and subsequently dyspnea was relieved. Analgesics were prescribed to relieve his pain. Two days later, the urinary catheter was removed. That night, he experienced severe abdominal pain, with elevated serum creatine phosphokinase (CPK) ( $279 \text{ U}\cdot\text{L}^{-1}$ ; normal range= $40\text{--}210 \text{ U}\cdot\text{L}^{-1}$ ), but normal levels of aspartate aminotransferase ( $25 \text{ U}\cdot\text{L}^{-1}$ ; normal range= $15\text{--}33 \text{ U}\cdot\text{L}^{-1}$ ) and lactate dehydrogenase ( $295 \text{ U}\cdot\text{L}^{-1}$ ; normal range= $180\text{--}380 \text{ U}\cdot\text{L}^{-1}$ ). His prothrombin time (14.7 seconds; normal range= $11\text{--}14$  seconds) and partial thromboplastin time (PTT) (34.5 seconds; normal range= $21\text{--}32$  seconds) were elevated. His white blood cell count ( $14.66 \times 10^9\cdot\text{L}^{-1}$ ; normal range= $4\text{--}10 \times 10^9\cdot\text{L}^{-1}$ ) and differential counts, which included neutrophils (75%; normal range= $40\%\text{--}75\%$ ), monocytes (10.1%; normal range= $2\%\text{--}10\%$ ), and basophils (1.1%; normal range= $0\%\text{--}1\%$ ), also were elevated. An inverted T wave in the  $V_2$  lead was observed on the electrocardiograph (ECG), possibly indicating myocardial ischemia.

The primary physician, with the assistance of the medical team, considered diagnoses of acute intestinal obstruction, perforated abdomen, or acute myocardial infarction. The team ruled out a cardiac event because (1) the patient did not have symptoms of angina, (2) his CPK level was only slightly elevated, and (3) no abnormal ST segments were recorded on the ECG. Furthermore, palpation of the patient's abdomen showed it was tender with muscle guarding. The decision was then made to undertake an exploratory laparotomy. Intraoperatively, he was observed to have a "wheezy and tight" chest and an unstable systemic blood pressure, with systolic blood pressure plummeting from 160 mm Hg to 90 mm Hg and diastolic blood pressure dropping from 90 mm Hg to 40 mm Hg. Nebulized Ventolin<sup>†</sup> (1 mL in 1 mL of normal saline given every 4 hours) and intravenously administered aminophylline (250 mg in 12 hours) were given to relieve acute bronchospasm. Dopamine, a catecholamine that improves blood pressure, was administered intravenously at  $10 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ . The laparotomy yielded nothing abnormal. He was subsequently transferred to the surgical ICU for observation. Postoperatively, he developed an episode of supraventricular tachycardia (170 beats per minute), which was treated with intravenous administration of verapamil (3 mg), a calcium channel blocker that slows the ventricular response. When the patient was awake, in addition to his

<sup>†</sup> Glaxo Wellcome Inc, Five Moore Dr, Research Triangle Park, NC 27709.



abdominal pain, he complained of pain from the operative site. His hemodynamic status was stabilized sufficiently to return to the high-dependency unit (HDU) a day later.

The evening following surgery, while the patient was still in the HDU, he became severely dyspneic, with a respiratory rate of over 35 breaths per minute and a pulse oxygen saturation ( $\text{SpO}_2$ ) of 60% on fraction of inspired oxygen ( $\text{FiO}_2$ ) of 1.0 administered via a nonrebreathing face mask. His arterial blood gases were pH 7.37, his arterial carbon dioxide tension ( $\text{PaCO}_2$ ) was 26.4 mm Hg, his arterial oxygen tension ( $\text{PaO}_2$ ) was 39.7 mm Hg, and his arterial oxygen saturation ( $\text{Sao}_2$ ) 74.8%. The patient was in type I respiratory failure (hypoxemia without hypercapnia). He was also hyperventilating, thus resulting in a lowered  $\text{PaCO}_2$ . When he became tachycardiac and hypotensive, he was transferred to the ICU with the intention of providing mechanical ventilation and hemodynamic stabilization. There were widespread tactile fremitus and coarse crackles on auscultation. Aspiration was unlikely to be the reason for his respiratory distress, as he was still under an order to receive nothing by mouth. He was severely distressed and had difficulty expectorating. The medical diagnosis was acute respiratory failure, possibly from a chest infection. On consultation with the physical therapist in the ICU, the medical staff decided to delay intubation and try antibiotic therapy and intensive physical therapy.

#### Physical Therapy Examination

During the interview and conversations with the patient, he became dyspneic while trying to respond verbally to the therapist's questions. Dyspnea was further exacerbated by abdominal pain and coughing. The patient was a cooperative gentleman who followed instructions except when they might cause him to become more dyspneic, such as moving in bed, turning, and coughing. He appeared to be poorly nourished, as indicated by his emaciated appearance, his report that he ate poorly because of his dyspnea, and his "nothing by mouth" order following surgery. He required some assistance to move in bed. His temperature was  $37.6^\circ\text{C}$  ( $99.7^\circ\text{F}$ ). Sinus tachycardia with a rate of 143 beats per minute was recorded. Systemic blood pressure was 121/53 mm Hg. Respiratory rate was 28 to 30 breaths per minute, and  $\text{SpO}_2$  ranged from 88% to 100% on  $8\text{ L}\cdot\text{min}^{-1}$  of oxygen ( $\text{FiO}_2=1.0$ ) via the nonrebreathing face mask. His cough was labored and moist, but unproductive. Upper chest breathing was evident, with no basal expansion on palpation. On auscultation, breath sounds were absent on the right lateral and posterior basal segments and decreased on the left posterior basal segments, with occasional low-pitched wheezes.

His chest radiograph (Fig. 1) showed loss of right-sided hemidiaphragm, silhouette signs on the right heart

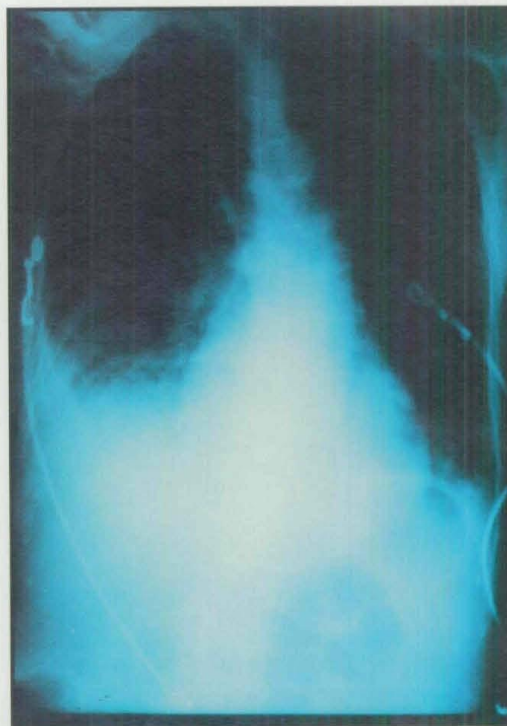


Figure 1.

Chest radiograph of patient on admission to intensive care unit.

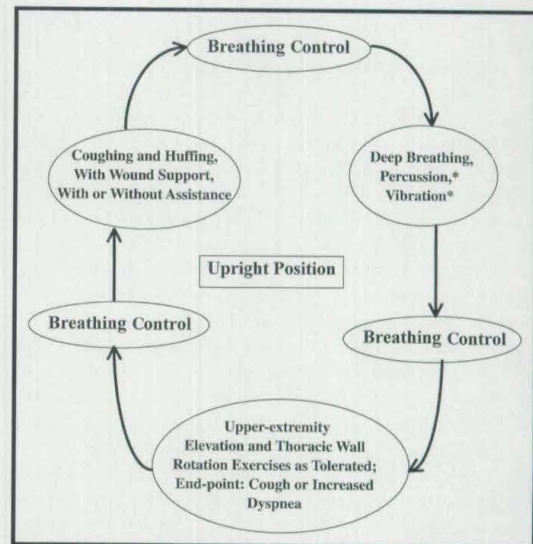
border, and blunting of costophrenic angles. His arterial blood gases at entry into the ICU, but before physical therapy, showed compensated respiratory acidosis (pH=7.346,  $\text{PaCO}_2=57.8$  mm Hg,  $\text{PaO}_2=106.7$  mm Hg,  $\text{Sao}_2=98.5\%$ , base excess=8.2). Alveolar-arterial oxygen difference ( $\text{AaDO}_2$ ), based on an unabridged version of the alveolar gas equation,<sup>23</sup> was estimated to be 196.1 mm Hg. The  $\text{AaDO}_2$  describes the efficiency of gas exchange<sup>23</sup> and thus enables clinicians to distinguish between hypoxemia due to hypoventilation and hypoxemia due to impaired gas exchange. His white blood cell count was elevated at  $19.38 \times 10^9\cdot\text{L}^{-1}$ , although hemoglobin ( $12.5\text{ g}\cdot\text{dL}^{-1}$ ), red blood cell count ( $4.42 \times 10^{12}\cdot\text{L}^{-1}$ ), and platelet count ( $315 \times 10^9\cdot\text{L}^{-1}$ ) were within acceptable limits. His bleeding time and PTT (17.4 seconds and 34.8 seconds, respectively), remained elevated.

The patient's main problems were assessed to be impaired gas exchange arising from atelectasis, chest infection, and difficulty of expectoration, which resulted in secretion retention. Difficulty of expectoration could be due to pain from the laparotomy incision, leading to poor alveolar hypoventilation and atelectasis. His ineffective cough could also be due to abdominal muscle

**Table 1.**  
Dean's Hierarchy for Treatment of Patients With Impaired Oxygen Transport<sup>a</sup>

Premise: Position of optimal physiological function is being upright and moving	
<b>I. Mobilization and Exercise</b>	
Goal:	To elicit an exercise stimulus that addresses one of the three effects on the various steps in the oxygen transport pathway, or some combination
	A. Acute effects
	B. Long-term effects
	C. Preventative effects
<b>II. Body Positioning</b>	
Goal:	To elicit a gravitational stimulus that simulates being upright and moving as much as possible (ie, active, active assisted, or passive)
	A. Hemodynamic effects related to fluid shifts
	B. Cardiopulmonary effects on ventilation and its distribution, perfusion, ventilation, and perfusion matching and gas exchange
<b>III. Breathing Control Maneuvers</b>	
Goal:	To augment alveolar ventilation, facilitate mucociliary transport, and stimulate coughing
	A. Coordinated breathing with activity and exercise
	B. Spontaneous eupneic hyperventilation
	C. Maximal tidal breaths and movement in three dimensions
	D. Sustained maximal inspiration
	E. Pursed lip breathing to end-tidal expiration
	F. Incentive spirometry
<b>IV. Coughing Maneuvers</b>	
Goal:	To facilitate mucociliary clearance with the least effect on dynamic airway compression and adverse cardiovascular effects
	A. Active and spontaneous cough with closed glottis
	B. Active assist (self-supported or by other)
	C. Modified coughing interventions with open glottis (eg, forced expiratory technique, huff)
<b>V. Relaxation and Energy Conservation Interventions</b>	
Goal:	To minimize the work of breathing, of the heart, and oxygen demand overall
	A. Relaxation procedures at rest and during activity
	B. Energy conservation (ie, balance of activity to rest, performing activities in an energy-efficient manner, improved movement economy during activity)
	C. Pain control interventions
<b>VI. ROM Exercises (Cardiopulmonary Indications)</b>	
Goal:	To stimulate alveolar ventilation and alter its distribution
	A. Active
	B. Assisted active
	C. Passive
<b>VII. Postural Drainage Positioning</b>	
Goal:	To facilitate airway clearance using gravitational effects
	A. Bronchopulmonary segmental drainage positions
<b>VIII. Manual Techniques</b>	
Goal:	To facilitate airway clearance in conjunction with specific body positioning
	A. Autogenic drainage
	B. Manual percussion
	C. Shaking and vibration
	D. Deep breathing and coughing
<b>IX. Suctioning</b>	
Goal:	To facilitate the removal of airway secretions collected centrally
	A. Open suction system
	B. Closed suction system
	C. Tracheal tickle
	D. Instillation with saline
	E. Use of manual inflation bag (bagging)

<sup>a</sup> Reprinted with permission from Dean.<sup>21</sup>(pp258-259) ROM=range of motion.



**Figure 2.**  
Physical therapy interventions. Asterisk (\*) indicates technique was omitted after the initial intervention.

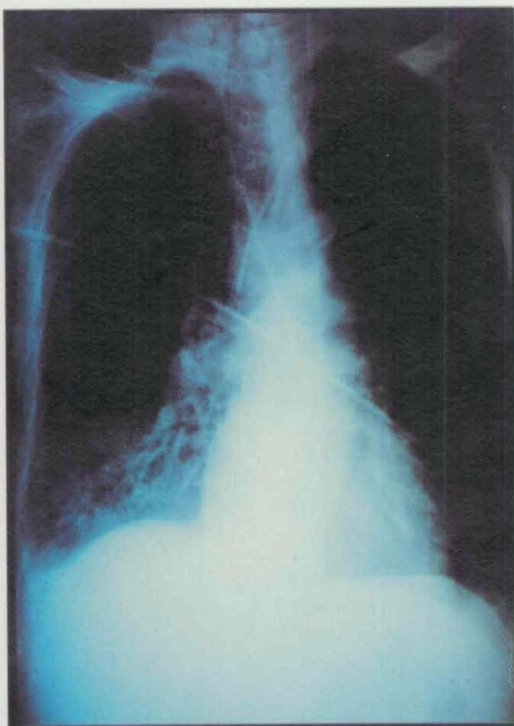
weakness as a result of poor nutrition (from surgery and COPD) and fear of dyspnea. Patients with COPD often eat poorly because of dyspnea, and he had been on a "nothing by mouth" order following his abdominal surgery; it was then 7 days postadmission. He had general muscle weakness, possibly from prolonged bed rest for his medical and surgical conditions.

The short-term physical therapy goal was to reduce the gas exchange impairment by optimizing the ventilation-perfusion ratio, decreasing his work of breathing, instructing him on effective coughing or huffing, removing or facilitating removal of secretions, and educating him on self-administered bronchial hygiene within exercise tolerance. The long-term goals, when he became less dyspneic, were to assess and improve exercise tolerance and to facilitate independent management of dyspnea and bronchial hygiene.

#### Intervention

Physical therapy intervention was based on Dean's physiologic treatment hierarchy for patients with impaired oxygen transport (Tab. 1).<sup>2</sup> The upright position was considered the position of choice for intervention because the patient's arousal was at its greatest, his ventilation-perfusion ratio was optimal, and his diaphragm muscle excursion was maximal in an upright position. His work of breathing was also reduced in that position. The active cycle of breathing techniques was incorporated with periods of breathing control, deep breathing, mobilization/exercise, and cough (Fig. 2).

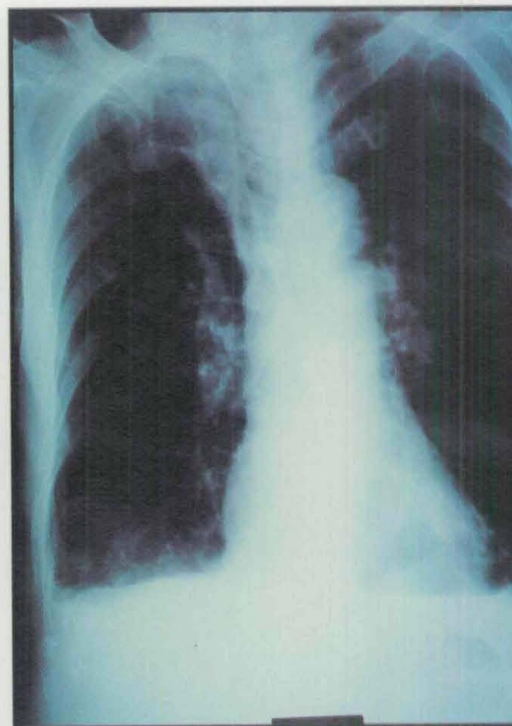




**Figure 3.**  
Chest radiograph after intensive physical therapy, taken after the first day in the intensive care unit.

During the breathing control period, the patient was instructed to perform normal tidal breathing using the lower chest wall and to relax his upper chest and shoulders. Verbal input and tactile input (ie, the therapist's hand was placed over the patient's abdomen) were given until the patient was able to achieve breathing control. During deep breathing, the patient was instructed to inhale deeply (ie, slowly over 3–5 seconds) to inspiratory reserve volume (when he began using his accessory muscles) and exhale passively. The emphasis was on lower chest wall expansion. Three to four repetitions of deep breathing were followed by a period of breathing control.

Percussion and expiratory vibration techniques were initially incorporated to assist secretion mobilization, but he was unable to tolerate these techniques and responded with increased dyspnea. Percussion and vibration were omitted from the active cycle of breathing. Mobilization and exercise in the form of arm elevation and thoracic mobility (rotation) exercises (10–20 times or as tolerated) were prescribed to optimize the various steps of the oxygen transport system, particularly to stimulate maximal inspiration and facilitate mucociliary

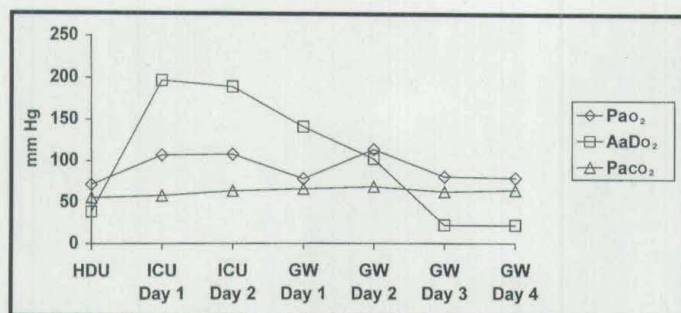


**Figure 4.**  
Chest radiograph taken just prior to discharge from general ward.

transport rate. Active mobilization and exercise were also safer than continuing with percussion because of the patient's elevated prothrombin time and PTT and, therefore, risk of bleeding. Physical therapy sessions were kept short, about 20 minutes in duration. Repetitions of exercises were progressively increased as the patient's dyspnea improved and he was more able to tolerate the physical therapy program. The patient's heart rate, blood pressure, respiratory rate, and  $\text{SpO}_2$  were monitored for responses to mobilization and exercise. Instead of hourly intervention, as advocated in the literature,<sup>6,7</sup> intervention occurred every 2 hours because the patient was too dyspneic to tolerate more frequent sessions and to allow the nebulized Ventolin to achieve maximal bronchodilator effects between sessions. Analgesia was provided by bolus intravenous administration of morphine as required (ie, by patient's complaint) before, during, or after physical therapy. Morphine was administered by the nursing staff.

#### Outcomes and Progress

On the patient's first day in the ICU, a total of 6 treatment sessions were provided. The clinical tools used for establishing the outcomes of intervention were auscultation and chest radiographs, both of which have established reliability and validity.<sup>24,25</sup> Following the ini-



**Figure 5.**

Values of arterial oxygen tension (PaO<sub>2</sub>) and alveolar-arterial oxygen difference (AaDo<sub>2</sub>) from the high-dependency unit (HDU) before patient developed respiratory distress, to the surgical intensive care unit (ICU), and subsequently to the general ward (GW). Supplemental oxygen was administered via nonbreathing face mask at 8 L·min<sup>-1</sup> of oxygen during ICU days 1 and 2 and then at 5 L·min<sup>-1</sup> of oxygen during GW days 1 and 2. Oxygen at 3 L·min<sup>-1</sup> was given via nasal cannula on GW day 3 and until discharge. Note that patient's Paco<sub>2</sub> remained fairly stable throughout treatment.

tial interventions, breath sounds increased in all segments on auscultation, chest radiographs showed resolution of infiltrates (Figs. 3 and 4), and oxygenation improved (Fig. 5). He was ready to be transferred out of the ICU after 2 days. His AaDo<sub>2</sub> fell to 140.2 mm Hg by the time he was transferred out of the ICU and then to 22.2 mm Hg in the general ward, indicating that gas exchange was normalized. Coughing and huffing were initially assisted by anterior chest wall or lateral costal compressions. During the patient's 48-hour stay in the ICU, he could cough and huff independently when he became less dyspneic. He was producing a large amount of sputum (>30 mL per day). Early inspiratory to mid-inspiratory coarse crackles, primarily over the posterior basal regions on both sides, were still present, suggesting that pulmonary secretions were in the large airways. Wheezes were also heard after physical exertion. The patient was given physical therapy 5 times on the second day in the ICU and then 2 times when he was transferred out of the ICU into the general ward. Clinical improvements continued in the general ward (Fig. 5).

When the patient became less dyspneic, further interviews and examination were attempted to ascertain his home situation for discharge planning. He was a retiree from a shipping company after serving as senior supervisor for over 30 years. He was unmarried and lived with his brother's family. He had no caregivers; his medical expenses were borne by his previous company. Although he claimed to have stopped smoking for 6 years after 40 pack-years of smoking (ie, 1 pack of cigarettes a day for 40 years), he was still smoking 1 to 2 cigarettes a day. He lived in a private residential apartment with an elevator taking him to the floor of his unit. He was not an active

person; it appeared he spent most of his time conserving his energy. He was on long-term oxygen therapy (2–3 L·min<sup>-1</sup>) via nasal cannula for his COPD, and he independently managed his activities of daily living. At the time of his stay in the hospital, he was reluctant to do a 6-minute walk test, fearing his dyspnea might worsen. He would do upper-extremity and thoracic rotation exercises, but not exercises with thoracic flexion, extension, or lateral flexion because they made him breathless.

The patient stayed in the ICU for 48 hours, avoiding intubation and mechanical ventilation. His prothrombin time and PTT (15.7 seconds and 30.6 seconds, respectively) were improved with fresh frozen plasma. His resting heart rate was about 70 to 80 beats per minute with sinus rhythm. His dyspnea improved, but the abdominal pain, although it had subsided, was still present. By the time he returned to the general ward, his sputum had cultured positive for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, and he was therefore isolated. Although the sputum specimen was obtained while he was still in the ICU, this finding suggested that he still had pulmonary secretion production. Therefore, it was important to reinforce effective coughing in this patient.

Physical therapy continued daily over the next 4 days with the aims of (1) improving expectoration using active cycle of breathing techniques, (2) facilitating independent bronchial hygiene (ability to independently clear airways through effective coughing and huffing efforts), and (3) reinforcing dyspnea management using body positioning (forward lean positions in sitting and standing) and energy conservation strategies (eg, more breaks, bursts of activities, breaking up complex tasks into simpler and smaller tasks, exhaling with activities) (Tab. 2). He was able to cough out his sputum on his own, the amount of which had become less (<20 mL per day). His cough was strong, dry, and unproductive. He was encouraged to sit in a chair, instead of sitting in bed, and to walk short distances 3 to 4 times a day. He became fatigued easily and, therefore, stopped walking frequently; otherwise, he safely and independently walked about 10 m, often using pursed lip breathing to control his dyspnea. By the fifth day after he left the ICU, he was visited by the physical therapist twice to ensure independence in bronchial hygiene and dyspnea management. He was discharged on the same day. Overall, he received 21 sessions of physical therapy (ie, 11 sessions during his 48-hour stay in the ICU, 2



**Table 2.**  
Chronology of Events During Patient's Hospitalization

Day	Event
1	Right-sided pneumothorax; chest tube inserted with immediate re-expansion of the chest
2	Patient complained about inability to urinate; urinary catheter inserted
4	Patient complained about severe abdominal pain
5	Exploratory laparotomy was done; patient admitted to surgical intensive care unit (ICU) due to intraoperative and postoperative events
7	Return to high-dependency unit; patient became dyspneic overnight; readmitted to surgical ICU
8-9	Intensive physical therapy in ICU
10-13	Return to general ward
14	Patient discharged

sessions daily for 4 days in the general ward, and 2 sessions on the day of discharge).

### Discussion

During their initial discussions, the ICU physicians and the physical therapist acknowledged the patient's known chronic respiratory failure due to COPD, requiring long-term oxygen therapy. The physical therapist, with input from the ICU physicians, considered oxygenation, rather than ventilation, to be the patient's main problem. As a result, intubation and mechanical ventilation were postponed, and intensive physical therapy evaluation and treatment were requested. The decision, as it turned out, was prudent (Fig. 5) because weaning the patient with respiratory failure secondary to COPD from mechanical ventilation could be difficult.<sup>26</sup>

Physical therapy intervention in this case report was chiefly based on the work of Dean,<sup>2</sup> with adaptation of the active cycles of breathing techniques<sup>17,18</sup> to accommodate the patient's breathlessness. Dean's approach, although based on physiologic principles, has not been shown to be clinically beneficial. This case report has shown application of the technique and avoidance of invasive medical procedures.

The outcome of physical therapy (with 24-hour availability) in this case was consistent with the findings of a recent study that examined the effects of longer availability of physical therapy per day.<sup>27</sup> In that study, the effects of physical therapy administered twice during daytime working hours (8:30 AM to 5:00 PM) (n=15) were compared with the effects of physical therapy administered twice during daytime working hours (8:30 AM to 5:00 PM) and at least once in the evening (5:00 PM to 9:00 PM) (n=16).<sup>27</sup> The study demonstrated that elderly patients who had undergone abdominal surgery and who received additional physical therapy (consisting of body positioning; mobilization [getting

patient out of bed]; and percussion, vibration, and coughing or airway suctioning) in the evening had lower intrapulmonary shunt, and therefore enhanced gas exchange, than those who received only daytime physical therapy. Patients receiving only daytime physical therapy also remained intubated longer ( $\bar{X}$ =18.1 hours, SD=12.9 hours) than those receiving daytime and evening physical therapy ( $\bar{X}$ =9.4 hours, SD=17.9 hours).<sup>27</sup> The study appeared to suggest that longer availability of physical therapy allowed for more frequent, and thus more effective, interventions.<sup>27</sup>

The patient in this report was admitted to the ICU for 2 days for an episode of acute respiratory failure. The cost of physical therapy during that time was \$330 in Singapore currency (\$198 in US currency) for 11 sessions. Had the patient been intubated and mechanically ventilated, the cost of the intubation procedure, monitoring of the mechanically ventilated patient, and physical therapy would have been \$505 in Singapore currency (\$303 in US currency) for the 2 days. Given the difficulty of weaning intubated patients with COPD from mechanical ventilation, it would be very likely for him to remain intubated and ventilated for longer than 48 hours, thus further escalating the cost.

In conclusion, the case report has highlighted the potential role and contributions of 24-hour access to physical therapy by patients who have acute respiratory failure. Invasive medical procedures were avoided with favorable clinical outcomes following interventions based on Dean's approach.

### References

- 1 Ciesla ND. Chest physical therapy for the adult intensive care unit trauma patient. *Physical Therapy Practice*. 1994;3:92-108.
- 2 Dean E. Optimizing treatment prescription: relating treatment to the underlying pathophysiology. In: Frownfelter D, Dean E, eds. *Principles and Practice of Cardiopulmonary Physical Therapy*. 3rd ed. St Louis, Mo: Mosby-Year Book Inc; 1996:251-263.
- 3 Mackenzie CF, Shin B, McAslan TC. Chest physiotherapy: the effect on arterial oxygenation. *Anesth Analg*. 1978;57:28-30.
- 4 Mackenzie CF, Shin B. Cardiorespiratory function before and after chest physiotherapy in mechanically ventilated patients with post-traumatic respiratory failure. *Crit Care Med*. 1985;13:483-486.
- 5 Mackenzie CF, Shin B, Hadi F, Imle PC. Changes in total lung/thorax compliance following chest physiotherapy. *Anesth Analg*. 1980;59:207-210.
- 6 Stiller K, Geake T, Taylor J, et al. Acute lobar atelectasis: a comparison of two chest physiotherapy regimens. *Chest*. 1990;98:1336-1340.
- 7 Stiller K, Jenkins S, Grant R, et al. Acute lobar atelectasis: a comparison of five physiotherapy regimens. *Physiotherapy Theory and Practice*. 1996;12:197-209.
- 8 Connors AF Jr, Hammon WE, Martin RJ, Rogers RM. Chest physical therapy: the immediate effect on oxygenation in acutely ill patients. *Chest*. 1980;78:559-564.

Copyright of Physical Therapy is the property of American Physical Therapy Association. The copyright in an individual article may be maintained by the author in certain cases. Content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Intensive Care Med (2008) 34:1188–1199  
DOI 10.1007/s00134-008-1026-7

ESICM STATEMENT

R. Gosselink  
J. Bott  
M. Johnson  
E. Dean  
S. Nava  
M. Norrenberg  
B. Schönhofer  
K. Stiller  
H. van de Leur  
J. L. Vincent

**Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients**

Received: 27 March 2007  
Accepted: 3 January 2008  
Published online: 19 February 2008  
© Springer-Verlag 2008

**Electronic supplementary material**  
The online version of this article (doi:10.1007/s00134-008-1026-7) contains supplementary material, which is available to authorized users.

**Abstract** The Task Force reviewed and discussed the available literature on the effectiveness of physiotherapy for acute and chronic critically ill adult patients. Evidence from randomized controlled trials or meta-analyses was limited and most of the recommendations were level C (evidence from uncontrolled or nonrandomized trials, or from observational studies) and D (expert opinion). However, the following evidence-based targets for physiotherapy were identified: deconditioning, impaired airway clearance, atelectasis, intubation avoidance, and weaning failure. Discrepancies and lack of data on the efficacy of physiotherapy in

clinical trials support the need to identify guidelines for physiotherapy assessments, in particular to identify patient characteristics that enable treatments to be prescribed and modified on an individual basis. There is a need to standardize pathways for clinical decision-making and education, to define the professional profile of physiotherapists, and increase the awareness of the benefits of prevention and treatment of immobility and deconditioning for critically ill adult patients.

**Introduction**

Critical illness can last from hours to months, depending on the underlying pathophysiology and response to treatment. It carries high morbidity and mortality rates, and the associated care is a major determinant of healthcare costs. The evolution of intensive care medicine and integrated team management has greatly improved the survival of critically ill patients [26, 69]. In view of the high costs associated with ICU, every attempt should continue to be made to prevent complications and appropriately treat the primary underlying pathophysiology to minimize length of stay in ICU. There are common complications particularly associated with a prolonged ICU stay, including deconditioning, muscle weakness, dyspnea, depression and anxiety, and reduced health-related quality of life [17, 41, 70]. Chronic critical illness is associated with prolonged immobility and intensive care unit (ICU) stay [29] and accounts for 5–10% of ICU stays, a proportion that appears to be increasing [13]. Because of these detrimental sequelae of long-term bed rest, there is a need for rehabilitation throughout the critical illness [16, 38, 66, 73, 114] and thereafter [49], to address these effects. The amount of rehabilita-

tion performed in ICUs is often inadequate [20] and, as a rule, is better organized in weaning centers [66, 73].

**Physiotherapy in the management of patients with critical illness**

Physiotherapists are involved in the management of patients with acute, subacute and chronic respiratory conditions and in the prevention and treatment of the sequelae of immobility and recumbency [47, 77]. Their role varies across units, hospitals, and countries [77], with respect to patient referral, roles, treatment goals and selection of interventions [47, 77]. Due to a lack of substantive evidence, an earlier review could not draw firm conclusions on the effectiveness of physiotherapy for critically ill patients [98]. The purpose of this document is to critically review the evidence currently available for the use of physiotherapy in the *adult* critically ill patient and to make recommendations for assessment and monitoring and best practice in three relevant clinical areas:

- Deconditioning and related complications
- Respiratory conditions (retained airway secretions, atelectasis, pneumonia, acute lung injury, inhalation injury, postoperative pulmonary complications, chest trauma, intubation avoidance and weaning failure)
- Emotional problems and communication

The Task Force members met twice face to face and agreed on the identified areas and the working procedures (see details in ESM). Details of the effectiveness of physiotherapy in specific pulmonary conditions, implications for staffing and suggestions for future research are discussed in the ESM.



## Conditions and physiotherapy interventions

### Assessment and monitoring

Physiotherapy assessment of critically ill patients is less driven by medical diagnosis, instead focusing on deficiencies at a physiological and functional level [39]. This leads to identification of problems and the prescription of one or more interventions. Physiotherapists should be able to prioritize, and identify aims and parameters of treatments, ensuring that these are both therapeutic and safe by appropriate monitoring of vital functions [22, 100]. Accurate and valid assessment of respiratory conditions, and of deconditioning and related problems, is of paramount importance for physiotherapists. While these areas should be assessed with previously validated measures, such measures are often not available or applicable in an ICU setting (e.g., outcomes for functional performance such as the Functional Independence Measure, the Berg Balance scale and SF-36 may be inapplicable for acutely ill ICU patients yet be successfully used to monitor the progress of patients in long-term weaning facilities) [16]. In addition, physiotherapists can contribute to the patient's

overall well-being by providing emotional support and enhancing communication. Fig. 1 outlines the etiology of respiratory insufficiency and failure (see also ESM), and may serve as a framework for the respiratory assessment and treatment. Assessment of muscle and neurological function is difficult in the ICU [81], but physiotherapists can reveal undetected injuries [92]. Detailed descriptions of assessment are given elsewhere [100].

### Recommendations:

- Assessment prior to treatment should determine the underlying problem amenable to physiotherapy and which, if any, intervention(s) are appropriate (level D).
- Appropriate monitoring of vital functions should be used and acted upon to help ensure that physiotherapy interventions are both therapeutic and safe (level D).

### Physical deconditioning and related complications

Due to the nature of critical illness and the modalities used to manage it, prolonged bed rest, with well-known adverse physiologic effects, seems

to be the rule in the ICU (see ESM for details). Rehabilitation has the potential to restore lost function but is traditionally not started until after ICU discharge. Critically ill patients are often viewed as 'too sick' to tolerate physical activity in the early phase of their illness and their immobilization is frequently 'inevitably' prolonged. This will enhance deconditioning and might further complicate the clinical course [21]. Early mobilization was shown 30 years ago to reduce the time to wean from mechanical ventilation and is the basis for functional recovery [103, 104]. Recently more attention has been given to (early) physical activity as a safe and feasible intervention after the initial cardio-respiratory and neurological stabilization [6, 71]. In the ICU setting, the prescription of exercise is mostly based on clinical condition and response to treatment. Reducing the active muscle mass (or even passive motion or electrical muscle stimulation), the duration of the exercise and/or the number of repetitions will result in lower metabolic demands. Patients with hemodynamic instability, or those on high  $\text{FiO}_2$  and high levels of ventilatory support, are not candidates for aggressive mobilization. The risk of moving a critically ill patient should be weighed against the risks entailed by immobility and recumbency [50, 108]. No adverse effects of physical activity on the inflammatory status of critically ill patients have been demonstrated [109]. Fig. 2 outlines the steps involved in safe mobilization of critically ill patients [100]. In the following paragraphs several specific treatment modalities will be discussed.

*Positioning* can be used to increase gravitational stress and associated fluid shifts, through head tilt and other positions that approximate the upright position. The upright position increases lung volumes and gas exchange [15], stimulates autonomic activity, and can reduce cardiac stress from compression [57]. *Mobilization* has been part of the physiotherapy

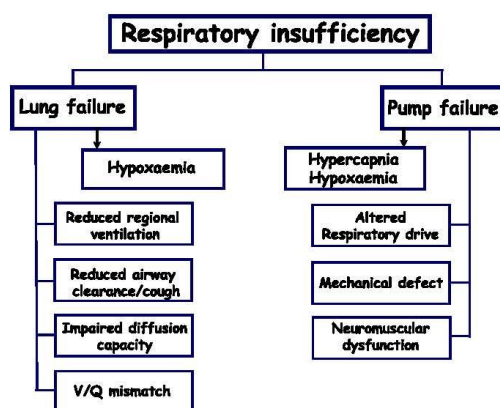
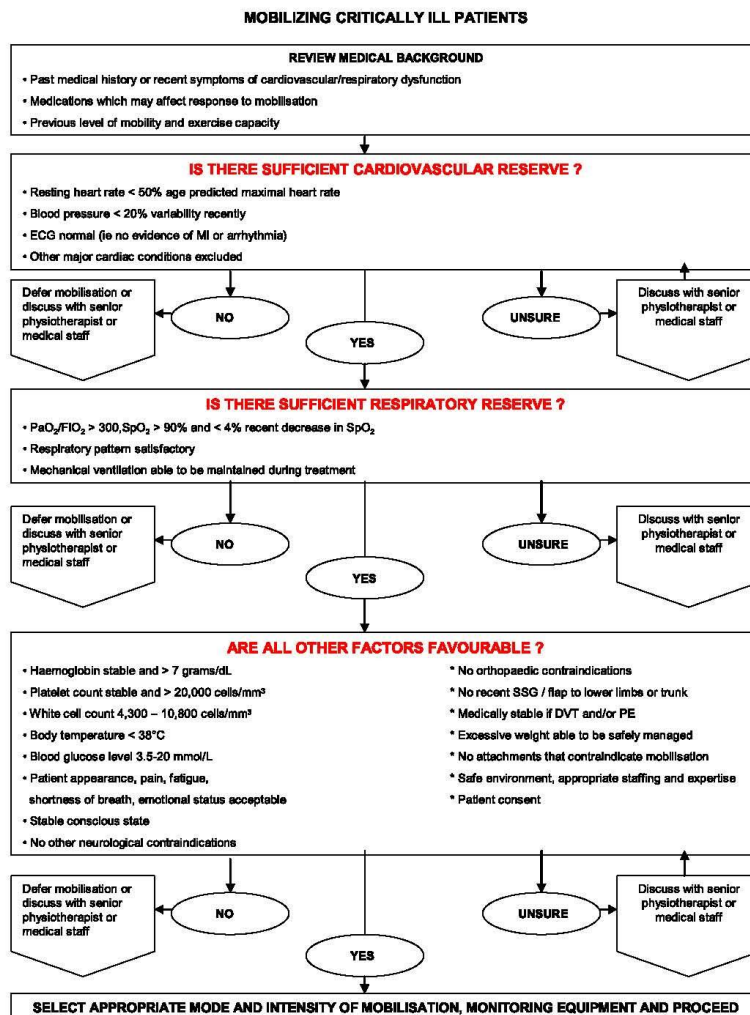


Fig. 1 Model of respiratory insufficiency (adapted from [90])

Fig. 2 Overview of safety issues before mobilizing critically ill patients. (Reproduced from: Stiller K, Phillips A (2003) Safety aspects of mobilising acutely ill inpatients. *Physiother Theory Pract* 19(4):239–257; with permission of Taylor & Francis Group, LLC, <http://www.taylorandfrancis.com> [100])



management of acutely ill patients for several decades [23]. Mobilization refers to physical activity sufficient to elicit acute physiological effects that enhance ventilation, central and peripheral perfusion, circulation, muscle metabolism and alertness and are countermeasures for venous stasis and deep vein thrombosis [79].

Strategies – in approximate order of intensity – include passive and active turning and moving in bed, active-assisted and active exercise, use of cycling pedals in bed, sitting over the edge of the bed, standing, stepping in place, transferring from the bed or chair, chair exercises and walking. These activities are safe

and feasible in the early phase of ICU admission [6]. Walking and standing aids (e.g., modified walking frames, tilt tables) are safe and feasible to facilitate the mobilization of critically ill patients [15, 112, 113]. In patients with spinal cord injury abdominal belts improve vital capacity [34] and increase the exercise

ability. Non-invasive ventilation during mobilization may improve exercise tolerance for non-intubated patients, similar to that demonstrated in patients with severe COPD [106].

**Aerobic training and muscle strengthening**, in addition to routine mobilization, improved walking distance more than mobilization alone in ventilated patients with chronic critical illness [73]. A recent randomized controlled trial (RCT) showed that a 6-week upper and lower limb training program improved limb muscle strength, increased ventilator-free time and improved functional outcomes in patients requiring long-term mechanical ventilation compared to a control group [16]. These results are in line with a retrospective analysis of patients on long-term mechanical ventilation who participated in whole-body training and respiratory muscle training [66]. In patients recently weaned from mechanical ventilation, the addition of upper-limb exercise enhanced the effects of chest physiotherapy on exercise endurance and dyspnea [82]. Recent technological developments have resulted in equipment for active or passive leg cycling during bed rest. This allows early application of leg cycling in critically ill patients, potentially improving functional status [11].

Low-resistance multiple repetitions of *resistive muscle training* can augment muscle mass, force generation and oxidative enzymes. This in turn can improve O<sub>2</sub> extraction and efficiency of muscle O<sub>2</sub> kinetics. Applying these physiological responses to the ICU scenario, ICU patients should be given sets of repetitions (3 sets of 8–10 repetitions at 50–70% of 1 repetition maximum, RM) [52] to perform daily within their tolerance, commensurate with their goals. In patients unable to perform voluntary muscle contractions, *neuromuscular electrical stimulation* (NMES) has been used to prevent disuse muscle atrophy. In patients with lower limb fractures and cast immobilization for 6 weeks, daily NMES for at least

1 h reduced the decrease in cross-sectional area of the quadriceps and enhanced normal muscle protein synthesis [33]. In ICU patients, NMES of the quadriceps, in addition to active limb mobilization, enhanced muscle strength and hastened independent transfer from bed to chair [114].

*Passive stretching or range-of-motion exercise* may have a particularly important role in the management of patients who are unable to move spontaneously. Passive movement has been shown to enhance ventilation in neurological patients in high-dependency units [14]. Evidence for using continuous dynamic stretching is based on the observation, in other patient groups, that continuous passive motion (CPM) prevents contractures and promotes function [91]. CPM has been assessed in patients with critical illness subjected to prolonged inactivity [38]. Three hours of CPM per day reduced fiber atrophy and protein loss, compared with passive stretching for 5 min twice daily [38].

For patients who cannot be actively mobilized and are at high risk for soft tissue contracture (e.g., following severe burns or trauma, and in some neurological conditions), *splinting* may be indicated. In burns patients, fixing the position of joints has been shown to reduce muscle and skin contraction [55]. The ideal duration of the intervention is unknown. Many facilities use a '2 h on, 2 h off' schedule, but this is not supported by data [85]. In patients with neurological dysfunction, splinting may reduce muscle tone [42].

#### Recommendations:

- Active or passive mobilization and muscle training should be instituted early (level C).
- Positioning, splinting, passive mobilization and muscle stretching should be used to preserve joint mobility and skeletal muscle length in patients unable to move spontaneously (level C).

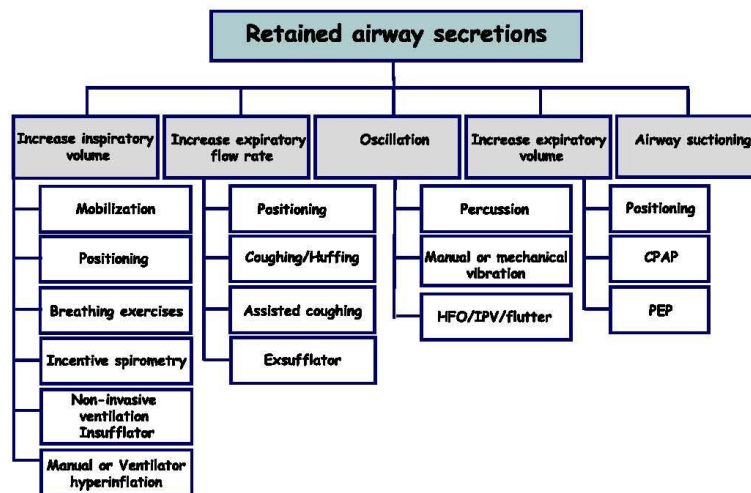
- NMES may be instituted, where equipment is available, in patients who are unable to move spontaneously and at high risk of musculo-skeletal dysfunction (level C).
- Techniques, such as positioning, passive movement and transfers, should be administered jointly with the nursing staff (level D).
- The physiotherapist should be responsible for implementing mobilization plans and exercise prescription, and make recommendations for progression of these in conjunction with other team members (level D).

#### Respiratory conditions

Respiratory dysfunction is one of the most common causes of critical illness necessitating ICU admission. Failure of either of the two primary components of the respiratory system (i.e., the gas-exchange membrane and the ventilatory pump.. [90] (Fig. 2; see ESM, Table S2), can result in a need for mechanical ventilation to maintain adequate gas exchange and to assume some, if not all, of the work of breathing. The aims of physiotherapy in respiratory dysfunction are to improve global and/or regional ventilation and lung compliance, to reduce airway resistance and the work of breathing, and to clear airway secretions. Body positioning and mobilization are potent options for treatment that may optimize oxygenation by improving ventilation, V/Q matching, using gravity dependency to augment alveolar recruitment, and lung perfusion. Evidence for interventions used to clear retained airway secretions will be discussed generally. The ESM describes the evidence for interventions in specific pathophysiological problems and diagnoses, i.e. atelectasis, pneumonia, acute lung injury, acute respiratory distress syndrome, inhalation injury, postoperative pulmonary complications and chest trauma.



Fig. 3 Pathways and treatment modalities for increasing airway clearance (PEP, positive expiratory pressure; CPAP, continuous positive airway pressure; HFO, high-frequency oscillation; IPV, intrapulmonary percussive ventilation; NIV, non-invasive ventilation; IPPB, intermittent positive pressure breathing)



#### Retained airway secretions

As different mechanisms can be responsible for reducing airway clearance, it is important firstly to identify the problem and then to select the intervention(s) that may be appropriate (Fig. 3).

**Non-intubated patient:** Interventions aimed at *increasing inspiratory volume* (see Fig. 3) affect lung expansion, regional ventilation, airway resistance and pulmonary compliance. Interventions aimed at *increasing expiratory flow* include *forced expirations (both active and passive)*. Actively, these can be with an open glottis (a huff), or with a closed glottis (a cough). *Manually assisted cough*, using thoracic or abdominal compression, may be indicated for patients with expiratory muscle weakness or fatigue (e.g., neuromuscular conditions) [96]. All forced expiratory techniques rely on an adequate inspiratory volume and may need to be accompanied by interventions to increase inspiratory volume, if reduced inspiratory volume is contributing to an ineffective cough. The *mechanical in-exsufflator* can be used to deliver an inspiratory pressure followed by a high negative

expiratory force, via a mouthpiece or facemask. This increases tidal volume and augments expiratory flow and thus is indicated when the patient is unable to clear secretions. Although not widely used, it has been successfully applied in the management of non-intubated patients with retained secretions secondary to respiratory muscle weakness (e.g., muscular dystrophy) [35]. *Airway suctioning* is, dependent on local agreements, practiced by doctors, nurses and physiotherapists and is used solely to clear central secretions that are considered a primary problem when other techniques are ineffective. Detailed descriptions of airway suctioning techniques and the risks associated with these techniques are given elsewhere [4].

Recommendations for the non-intubated patient:

- Interventions for increasing inspiratory volume should be used if reduced inspiratory volume is contributing to ineffective forced expiration (level B).
- Interventions for increasing expiratory flow should be used to assist airway clearance if reduced

expiratory force is contributing to ineffective forced expiration (level B).

- Manually assisted cough techniques and/or in-exsufflation should be applied in the management of non-intubated patients with retained secretions secondary to respiratory muscle weakness (level B).
- Oro-nasal suctioning should be used only when other methods fail to clear secretions (level D).
- Nasal suctioning should be used with extreme caution in patients with anticoagulation, bony or soft tissue injuries or after recent surgery of the upper airways (level D).

**Intubated and ventilated patients:** *Body positioning and mobilization* may optimize airway secretion clearance and oxygenation by improving ventilation, alveolar recruitment and V/Q matching. *Manual hyperinflation* (MHI) or ventilator hyperinflation, positive end-expiratory pressure (PEEP) ventilation and *airway suctioning* may assist in secretion clearance [7]. The aims of *MHI* are to prevent pulmonary atelectasis, re-expand collapsed alveoli, im-

prove oxygenation, improve lung compliance, and facilitate movement of airway secretions towards the central airways [43, 68]. The head-down position may enhance the effects of MHI on sputum volume and compliance [8]. MHI involves a slow deep inspiration with manual resuscitator bag, an inspiratory hold, and then a quick release of the bag to enhance expiratory flow and mimic a forced expiration. MHI can precipitate marked hemodynamic changes associated with a decreased cardiac output, which result from large fluctuations in intra-thoracic pressure [95]. As with other forms of ventilatory assistance, damage to the lung can occur if inflation is forced or PEEP is lost during the technique. A pressure of 40 cmH<sub>2</sub>O has been recommended as an upper limit [84]. Similarly, there is a risk of hypo- as well as hyperventilation. MHI can also increase intracranial pressure (ICP) and mean arterial pressure, which has implications for patients with brain injury. These increases are usually limited, however, such that cerebral perfusion pressure remains stable [78]. *Airway suctioning* may have detrimental side effects [110] although reassurance, sedation, and pre-oxygenation of the patient may minimize these effects [61]. Suction can be performed via an *in-line closed suctioning system* or an *open system*. The in-line system does not appear to decrease the incidence of ventilator-associated pneumonia (VAP) [25, 59] or the duration of mechanical ventilation, length of ICU stay or mortality [59], but it does increase costs. Closed suctioning may be less effective than open suctioning for secretion clearance during pressure-support ventilation [58]. The routine *instillation of normal saline* during airway suctioning has potential adverse effects on oxygen saturation and cardiovascular stability, and variable results in terms of increasing sputum yield [1, 9]. *Chest wall compression* prior to endotracheal suctioning did not improve airway secretion removal, oxygenation,

or ventilation after endotracheal suctioning in an *unselected* population of mechanically ventilated patients [105].

#### Recommendations for the intubated patient:

- Body positioning and mobilization can be used to enhance airway secretion clearance (level C).
- Manual or ventilator hyperinflation and suctioning are indicated for airway secretion clearance (level B).
- MHI should be used judiciously in patients at risk of barotrauma and volutrauma or who are hemodynamically unstable (level B).
- Care must be taken to ensure that over- or under-ventilation does not occur with MHI (level B).
- Airway pressures must be maintained within safe limits (e.g., by incorporating a pressure manometer into the MHI circuit) (level D).
- Reassurance, sedation, and pre-oxygenation should be used to minimize detrimental effects of airway suctioning (level D).
- Open system suctioning can be used for most ventilated patients (level B).

- Neither suctioning nor instillation of normal saline should be performed *routinely* (level C).

#### Respiratory insufficiency – intubation avoidance

Complications of endotracheal intubation and mechanical ventilation are common, and weaning from mechanical ventilation can be challenging, so where appropriate and possible, physiotherapy is aimed at avoiding intubation. Of paramount importance is whether the respiratory failure is due to lung failure, pump failure, or both (Fig. 2; see ESM Table S2), as the problems and strategies will vary accordingly. Imbalance between respiratory muscle (pump) workload and muscle (pump) capacity can result in respiratory insufficiency (Fig. 4) and is a major cause of need for ventilatory support. Physiotherapy may help decrease ventilatory load, e.g., by reducing atelectasis [62, 99] or removing airway secretions [60, 99]. Conditions contributing to the need for ventilatory support or weaning failure are described in the ESM (Table S3).

Problems related to the work of breathing and efficiency of ventilation, along with progressive debility, are the primary focuses of physiotherapy in the management of respiratory insufficiency and the avoidance of

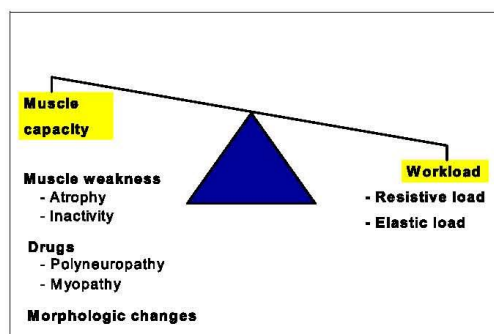


Fig. 4 Factors contributing to respiratory insufficiency, failure and ventilator dependence

intubation. *Positioning* can reduce the work of breathing and improve the efficiency of ventilation. Improvements have been documented (see ESM) for patients with unilateral lung disease when they are positioned on their side with the affected lung uppermost [45]. For those with, or at risk of, reduced FRC, supported upright sitting, with the help of pillows if necessary, may be beneficial [46]. In lung failure, *CPAP* has produced favorable outcomes in adults with ARDS [36] and in patients with *Pneumocystis carinii* pneumonia [37], and may prevent re-intubation [24]. NIV has been used for postoperative support [2] and for COPD patients with CAP [18], as well as in some patients with acute lung injury [89], to avoid intubation. When pump dysfunction is present, *NIV* can reduce breathlessness [10], reduce rates of intubation [83], reduce mortality from exacerbations of COPD [83], and is cost effective [80]. Both CPAP and NIV can reduce the need for intubation in acute cardiogenic pulmonary edema [67].

#### Recommendations:

- Body positioning should be used to optimize ventilatory pump mechanics in patients with respiratory insufficiency (level C).
- CPAP and NIV should be considered for the management of acute cardiogenic pulmonary edema (level A).
- NIV should be used as the first line of treatment in pump failure due to exacerbations of COPD, providing immediate intubation is not warranted (level A).
- NIV may be used in selected patients with pump failure due to acute respiratory complications from musculo-skeletal chest wall dysfunction or neuromuscular weakness (level A).
- NIV/CPAP can be used in selected patients with type 1 acute respiratory failure, e.g., inhalation injury, trauma and some pneumonias (level C).

#### Weaning failure

Only a small proportion of patients fail to wean from mechanical ventilation, but they require a disproportionate amount of resources. *Therapist-driven protocol (TDP)* was shown to reduce the duration of mechanical ventilation and ICU cost [27, 51]. However, a recent study showed that protocol-directed weaning may be unnecessary in an ICU with generous physician staffing and structured rounds [54]. A *spontaneous breathing trial (SBT)* can be used to assess readiness for extubation with the performance of serial measurements, such as tidal volume, respiratory rate, maximal inspiratory airway pressure, and the rapid shallow breathing index [63, 111]. Early detection of worsening clinical signs such as distress, airway obstruction and paradoxical chest wall motion ensures that serious problems are prevented. Airway patency and protection (i.e., an effective cough mechanism) should be assessed prior to commencement of weaning. *Peak cough flow* is a useful parameter to predict successful weaning in patients with neuromuscular disease or spinal cord injury when extubation is anticipated [5]. An *“airway care score”* has been developed based on the quality of the patient’s cough during airway suctioning, the absence of ‘excessive’ secretions and the frequency of airway suctioning [12, 27].

NIV can facilitate weaning [74] and reduce ICU costs [102], and physiotherapists can play a major role in its application [53, 77]. NIV is effective in preventing post-extubation failure in patients at risk [75, 97]. Respiratory muscle weakness is often observed in patients with weaning failure [56]. Since inactivity (‘ventilator-induced diaphragm dysfunction’, VDI) is suggested as an important cause of respiratory muscle failure [31], and intermittent loading of the respiratory muscles has been shown to attenuate respiratory muscle deconditioning [32], *inspiratory muscle training* might be beneficial

in patients with weaning failure. Uncontrolled trials [3, 64] and one RCT [65] observed an improvement in inspiratory muscle function and a reduction in duration of mechanical ventilation and weaning time with intermittent inspiratory muscle training. Finally, *biofeedback* to display the breathing pattern has been shown to enhance weaning [44]. *Voice and touch* may be used to augment weaning success either by stimulation to improve ventilatory drive or by reducing anxiety [40]. Environmental influences, such as ambulating with a portable ventilator, have been shown to benefit attitudes and outlooks in long-term ventilator-dependent patients [28].

#### Recommendations:

- Therapist-driven weaning protocols and SBTs can be implemented dependent on physician staffing in the ICU (level A).
- Therapist-driven protocols for weaning should be adhered to if in existence (level A).
- In patients with respiratory muscle weakness and weaning failure respiratory muscle training should be considered (level C).
- NIV may be used as a weaning strategy in a selected population of hypercapnic patients (level A).
- Patients at risk of post-extubation ventilatory failure should be identified and considered for NIV (level B).
- During the early post-extubation phase, assisted coughing maneuvers or nasal endotracheal suctioning should be performed as necessary (level C).
- Physiotherapists can assist in patient management post-decannulation (level D).

#### Emotional problems and communication

Critically ill patients may experience feelings of anxiety, alienation and



panic, particularly if nursed in an ICU or high-dependency unit [76, 101]. Those on mechanical ventilation may experience additional distress from the endotracheal tube [30]. These emotions may lead to post-traumatic stress disorder in some patients after discharge [48]. Anxiety also adversely affects recovery if not assessed and treated [72]. Promoting a restful environment conducive to relaxation and sleep is a daily challenge in critical care [87]. Physiotherapists can make a valuable contribution to the psychological well-being and education of the critically ill patient [94]. *Relaxation interventions* can reduce anxiety and panic, promote sleep, and, in turn, reduce the severity of pain and dyspnea. *Body positioning and repositioning* are useful means of achieving relaxation and reduce symptoms. Breathlessness can respond favorably to positioning [93]. *Therapeutic touch* has been reported to promote relaxation and comfort in critically ill patients, which in turn may enhance sleep [86]. Physiotherapists, by virtue of their hands-on treatment provided to ICU patients, have an opportunity to provide such therapeutic touch. *Massage* may be useful in enhancing relaxation and reducing anxiety and pain in acute and critical care [88]. *Communication* is central to patient satisfaction and physical and emotional well-being [94]. The development of post-traumatic stress disorder has been associated with the inability to communicate effectively. Informed consent is a means of empowering the patient when highly vulnerable [19]. *Education* is designed to help the

patient understand their condition and care and appreciate their own role in pain control, e.g., patient-controlled analgesia, wound support during movement or airway clearance, and strategies such as body positioning for comfort [107].

#### Recommendations:

- Physiotherapists should ensure treatment sessions address discomfort and anxiety as well as physiological problems (level D).
- Physiotherapists should ensure patient education is included in treatment sessions (level D).
- Physiotherapists can consider massage as an intervention for anxiety management and sleep promotion (level C).
- Physiotherapists should include appropriate use of therapeutic touch in all treatments they provide (level D).

#### Summary

Physiotherapists are members of the interdisciplinary healthcare team for the management of critically ill patients. For the purpose of this review, several important areas for physiotherapy in critical illness were identified: physical deconditioning, neuromuscular and musculoskeletal complications; prevention and treatment of respiratory conditions; and emotional problems and communication. The following problems were identified as evidence-based targets for physiotherapy: deconditioning, muscle weakness, joint stiffness,

retained airway secretions, atelectasis and avoidance of intubation and weaning failure. Appropriately prescribed physiotherapy may improve outcomes and reduce the risks associated with intensive care, as well as minimize costs.

The lack of systematic reviews and RCTs to support or reject physiotherapy interventions was recognized by the Task Force, as most recommendations were level C and D. However, evidence-based medicine in the ICU is not restricted to RCTs and meta-analyses. Other forms of evidence, including expert opinion and physiologic evidence, are also valid in terms of providing a basis for practice and identifying areas where further research is needed to strengthen and advance this evidence base.

Discrepancies regarding the efficacy of physiotherapy in clinical trials support the need to identify indications for interventions based on an individual's needs, rather than being condition dependent, and to establish sound principles for the prescription of specific interventions to achieve the desired outcome. However, there is a need to standardize pathways for clinical decision-making and education, and define the professional profile of ICU physiotherapists in more detail. Patients in the ICU have multiple problems that change rapidly in response to the course of illness and to medical management. Rather than standardized treatment approaches for various conditions, the goal is to extract principles of practice that can guide the physiotherapist's assessment, evaluation and prescription of interventions and their frequent modification for each patient in the ICU.



## References

1. Ackerman MH, Mick DJ (1998) Instillation of normal saline before suctioning in patients with pulmonary infections: a prospective randomized controlled trial. *Am J Crit Care* 7:261-266
2. Aguilo R, Togores B, Salvador P, Rubi M, Barbe F, Agust A (1997) Non-invasive ventilatory support after lung resectional surgery. *Chest* 112:117-121
3. Aldrich TK, Karpel JP, Uhrlass RM, Sparapani MA, Eramo D, Ferranti R (1989) Weaning from mechanical ventilation: adjunctive use of inspiratory muscle resistive training. *Crit Care Med* 17:143-147
4. Anonymous (1992) AARC clinical practice guideline. Nasotracheal suctioning. American Association for Respiratory Care (update 2004). *Respir Care* 37:1176-1179
5. Bach JR, Saporito LR (1996) Criteria for extubation and tracheostomy tube removal for patients with ventilatory failure. A different approach to weaning. *Chest* 110:1566-1571
6. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, Veale K, Rodriguez L, Hopkins RO (2007) Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med* 35:139-145
7. Berney S, Denehy L (2002) A comparison of the effects of manual and ventilator hyperinflation on static lung compliance and sputum production in intubated and ventilated intensive care patients. *Physiother Res Int* 7:100-108
8. Berney S, Denehy L, Pretto J (2004) Head-down tilt and manual hyperinflation enhance sputum clearance in patients who are intubated and ventilated. *Aust J Physiother* 50:9-14
9. Blackwood B (1999) Normal saline instillation with endotracheal suctioning: primum non nocere (first do no harm). *J Adv Nurs* 29:928-934
10. Bott J, Carroll MP, Conway JH, Keilty SE, Ward EM, Brown AM, Paul EA, Elliot MW, Godfrey RC, Wedzicha JA, Moxham J (1993) Randomised controlled trial of nasal ventilation in acute ventilatory failure due to chronic obstructive airways disease. *Lancet* 341:1555-1557
11. Burtin C, Clerckx B, Robbeets C, Gall S, Pillen R, Leclercq H, Caluwé K, Lommers B, Wilmer A, Troosters T, Ferdinande P, Gosselink R (2006) Effectiveness of early exercise in critically ill patients: preliminary results. *Intensive Care Med* 32:109
12. Capdevila XJ, Perrigault PF, Perey PJ, Roustan JP, d'Athis F (1995) Occlusion pressure and its ratio to maximum inspiratory pressure are useful predictors for successful extubation following T-piece weaning trial. *Chest* 108:482-489
13. Carson SS, Bach PB (2002) The epidemiology and costs of chronic critical illness. *Crit Care Clin* 18:461-476
14. Chang A, Paratz J, Rollston J (2002) Ventilatory effects of neurophysiological facilitation and passive movement in patients with neurological injury. *Aust J Physiother* 48:305-310
15. Chang AT, Boots R, Hodges PW, Paratz J (2004) Standing with assistance of a tilt table in intensive care: a survey of Australian physiotherapy practice. *Aust J Physiother* 50:51-54
16. Chiang LL, Wang LY, Wu CP, Wu HD, Wu YT (2006) Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Phys Ther* 86:1271-1281
17. Combes A, Costa MA, Trouillet JL, Baudot J, Mokhtari M, Gibert C, Chastre J (2003) Morbidity, mortality, and quality-of-life outcomes of patients requiring > or = 14 days of mechanical ventilation. *Crit Care Med* 31:1373-1381
18. Confalonieri M, Potena A, Carbone G, Porta RD, Tolley EA, Umberto MG (1999) Acute respiratory failure in patients with severe community-acquired pneumonia. A prospective randomized evaluation of noninvasive ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 160:1585-1591
19. Copnell B, Fergusson D (1995) Endotracheal suctioning: time-worn ritual or timely intervention? *Am J Crit Care* 4:100-105
20. Corrado A, Roussos C, Ambrosino N, Confalonieri M, Cuvelier A, Elliott M, Ferrer M, Gorini M, Gurkan O, Muir JF, Quareni L, Robert D, Rodenstein D, Rossi A, Schoenhofer B, Simonds AK, Strom K, Torres A, Zakynthinos S (2002) Respiratory intermediate care units: a European survey. *Eur Respir J* 20:1343-1350
21. De Jonghe B, Bastuji-Garin S, Sharrar T, Outin H, Brochard L (2004) Does ICU-acquired paresis lengthen weaning from mechanical ventilation? *Intensive Care Med* 30:1117-1121
22. Dean E (1997) Oxygen transport deficits in systemic disease and implications for physical therapy. *Phys Ther* 77:187-202
23. Dean E, Ross J (1992) Discordance between cardiopulmonary physiology and physical therapy. Toward a rational basis for practice. *Chest* 101:1694-1698
24. Dehaven CB Jr., Hurst JM, Branson RD (1985) Postextubation hypoxemia treated with a continuous positive airway pressure mask. *Crit Care Med* 13:46-48
25. Dodek P, Keenan S, Cook D, Heyland D, Jacka M, Hand L, Muscedere J, Foster D, Mehta N, Hall R, Brun-Buisson C (2004) Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Ann Intern Med* 141:305-313
26. Eisner MD, Thompson T, Hudson LD, Luce JM, Hayden D, Schoenfeld D, Matthay MA (2001) Efficacy of low tidal volume ventilation in patients with different clinical risk factors for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 164:231-236
27. Ely EW, Baker AM, Dunagan DP, Burke HL, Smith AC, Kelly PT, Johnson MM, Browder RW, Bowton DL, Haponik EF (1996) Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *N Engl J Med* 335:1864-1869
28. Esteban A, Alia I, Ibanez J, Benito S, Tobin MJ (1994) Modes of mechanical ventilation and weaning. A national survey of Spanish hospitals. The Spanish Lung Failure Collaborative Group. *Chest* 106:1188-1193
29. Fletcher SN, Kennedy DD, Ghosh IR, Misra VP, Kiff K, Coakley JH, Hinds CJ (2003) Persistent neuromuscular and neurophysiologic abnormalities in long-term survivors of prolonged critical illness. *Crit Care Med* 31:1012-1016
30. Fontaine DK (1994) Nonpharmacologic management of patient distress during mechanical ventilation. *Crit Care Clin* 10:695-708
31. Gayan-Ramirez G, Decramer M (2002) Effects of mechanical ventilation on diaphragm function and biology. *Eur Respir J* 20:1579-1586
32. Gayan-Ramirez G, Testelmans D, Maes K, Racz GZ, Cadot P, Zador E, Wuytack F, Decramer M (2005) Intermittent spontaneous breathing protects the rat diaphragm from mechanical ventilation effects. *Crit Care Med* 33:2804-2809
33. Gibson JNA, Smith K, Rennie MJ (1988) Prevention of disuse muscle atrophy by means of electrical stimulation: maintenance of protein synthesis. *Lancet* 2(8614):767-769
34. Goldman JM, Rose LS, Williams SJ, Silver JR, Denison DM (1986) Effect of abdominal binders on breathing in tetraplegic patients. *Thorax* 41:940-945

35. Gomez-Merino E, Sancho J, Marin J, Servera E, Blasco ML, Belda FJ, Castro C, Bach JR (2002) Mechanical insufflation-exsufflation: pressure, volume, and flow relationships and the adequacy of the manufacturer's guidelines. *Am J Phys Med Rehabil* 81:579-583
36. Greenbaum DM, Millen JE, Eross B, Snyder JV, Grenvik A, Safar P (1976) Continuous positive airway pressure without tracheal intubation in spontaneously breathing patients. *Chest* 69:615-620
37. Gregg RW, Friedman BC, Williams JF, McGrath BJ, Zimmerman JE (1990) Continuous positive airway pressure by face mask in *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Crit Care Med* 18:21-24
38. Griffiths RD, Palmer A, Helliwell T, MacLennan P, Macmillan RR (1995) Effect of passive stretching on the wasting of muscle in the critically ill. *Nutrition* 11:428-432
39. Grill E, Quittan M, Huber EO, Boldt C, Stucki G (2005) Identification of relevant ICF categories by health professionals in the acute hospital. *Disabil Rehabil* 27:437-445
40. Hall JB, Wood LD (1987) Liberation of the patient from mechanical ventilation. *JAMA* 257:1621-1628
41. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, Matte-Martyn A, Diaz-Granados N, Al Saidi F, Cooper AB, Guest CB, Mazer CD, Mehta S, Stewart TE, Barr A, Cook D, Slutsky AS (2003) One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 348:683-693
42. Hinderer SR, Dixon K (2001) Physiologic and clinical monitoring of spastic hypertonia. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 12:733-746
43. Hodgson C, Ntoumenopoulos G, Dawson H, Paratz J (2007) The Mapleson C circuit clears more secretions than the Laerdal circuit during manual hyperinflation in mechanically-ventilated patients: a randomised cross-over trial. *Aust J Physiother* 53:33-38
44. Holliday JE, Hyers TM (1990) The reduction of weaning time from mechanical ventilation using tidal volume and relaxation biofeedback. *Am Rev Respir Dis* 141:1214-1220
45. Ibanez J, Raurich JM, Abizanda R, Claramonte R, Ibanez P, Bergada J (1981) The effect of lateral positions on gas exchange in patients with unilateral lung disease during mechanical ventilation. *Intensive Care Med* 7:231-234
46. Jenkins SC, Soutar SA, Moxham J (1988) The effects of posture on lung volumes in normal subjects and in patients pre- and post-coronary artery surgery. *Physiotherapy* 74:492-496
47. Jones AYM, Hutchinson RC, Oh TE (1992) Chest physiotherapy practice in intensive care units in Australia, the UK and Hong Kong. *Physiother Theory Pract* 8:39-47
48. Jones C, Macmillan RR, Griffiths RD (1994) Providing psychological support for patients after critical illness. *Clin Intensive Care* 5:176-179
49. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann C, Gager M (2003) Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 31:2456-2461
50. King J, Crowe J (1998) Mobilization practices in Canadian critical care units. *Physiother Can* 50:206-211
51. Kollef MH, Shapiro SD, Silver P, St. John RE, Prentice D, Sauer S, Ahrens TS, Shannon W, Baker-Clinscale D (1997) A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med* 25:567-574
52. Kraemer WJ, Adams K, Cafarelli E, Dudley GA, Dooly C, Feigenbaum MS, Fleck SJ, Franklin B, Fry AC, Hoffman JR, Newton RU, Potteiger J, Stone MH, Ratamess NA, Triplett-McBride T (2002) American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 34:364-380
53. Kramer N, Meyer TJ, Meharg J, Cece RD, Hill NS (1995) Randomized, prospective trial of noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med* 151:1799-1806
54. Krishnan JA, Moore D, Robeson C, Rand CS, Fessler HE (2004) A prospective, controlled trial of a protocol-based strategy to discontinue mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 169:673-678
55. Kwan MW, Ha KW (2002) Splinting programme for patients with burnt hand. *Hand Surg* 7:231-241
56. Laghi F, Cattapan SE, Jubran A, Parthasarathy S, Warshawsky P, Choi YS, Tobin MJ (2003) Is weaning failure caused by low-frequency fatigue of the diaphragm? *Am J Respir Crit Care Med* 167:120-127
57. Langou RA, Wolfson S, Olson EG, Cohen LS (1977) Effects of orthostatic postural changes on myocardial oxygen demands. *Am J Cardiol* 39:418-421
58. Lindgren S, Almgren B, Hogman M, Lethvall S, Houltz E, Lundin S, Stenqvist O (2004) Effectiveness and side effects of closed and open suctioning: an experimental evaluation. *Intensive Care Med* 30:1630-1637
59. Lorente L, Lecuona M, Martin MM, Garcia C, Mora ML, Sierra A (2005) Ventilator-associated pneumonia using a closed versus an open tracheal suction system. *Crit Care Med* 33:115-119
60. Mackenzie CF, Shin B (1985) Cardiorespiratory function before and after chest physiotherapy in mechanically ventilated patients with post-traumatic respiratory failure. *Crit Care Med* 13:483-486
61. Mancinelli-Van Atta J, Beck SL (1992) Preventing hypoxemia and hemodynamic compromise related to endotracheal suctioning. *Am J Crit Care* 1:62-79
62. Marini JJ, Pierson DJ, Hudson LD (1979) Acute lobar atelectasis: a prospective comparison of fiberoptic bronchoscopy and respiratory therapy. *Am Rev Respir Dis* 119:971-978
63. Marini JJ, Smith TC, Lamb V (1986) Estimation of inspiratory muscle strength in mechanically ventilated patients: the measurement of maximal inspiratory pressure. *J Crit Care* 1:32-38
64. Martin AD, Davenport PD, Franceschi AC, Harman E (2002) Use of inspiratory muscle strength training to facilitate ventilator weaning: a series of 10 consecutive patients. *Chest* 122:192-196
65. Martin D, Davenport PW, Gonzalez-Rothi J, Baz M, Banner J, Caruso L, Layon J, Gabrielli A (2006) Inspiratory muscle strength training improves outcome in failure to wean patients. p 369s
66. Martin UJ, Hincapie L, Nimchuk M, Gaughan J, Criner GJ (2005) Impact of whole-body rehabilitation in patients receiving chronic mechanical ventilation. *Crit Care Med* 33:2259-2265
67. Masip J, Roque M, Sanchez B, Fernandez R, Subirana M, Exposito JA (2005) Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 294:3124-3130
68. Maxwell L, Ellis E (1998) Secretion clearance by manual hyperinflation: possible mechanisms. *Physiother Theory Pract* 14:189-197
69. Milberg JA, Davis DR, Steinberg KP, Hudson LD (1995) Improved survival of patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS): 1983-1993. *JAMA* 273:306-309
70. Montuclard L, Garrouste-Org, Tim-sit JF, Misset B, De Jonghe B, Carlet J (2000) Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Crit Care Med* 28:3389-3395
71. Morris PE (2007) Early mobility of the ICU patient. *Crit Care Clin* 23:1-116



72. Moser DK, Chung ML, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington CC, Blakely W, Biddle M, Frazier SK, Garvin BJ (2003) Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs* 19:276-288
73. Nava S (1998) Rehabilitation of patients admitted to a respiratory intensive care unit. *Arch Phys Med Rehabil* 79:849-854
74. Nava S, Ambrosino N, Clini E, Prato M, Orlando G, Vitacca M, Brigada P, Fracchia C, Rubini F (1998) Noninvasive mechanical ventilation in the weaning of patients with respiratory failure due to chronic obstructive pulmonary disease. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 128:721-728
75. Nava S, Gregoretti C, Fanfulla F, Squadrone E, Grassi M, Carlucci A, Beltrame F, Navalesi P (2005) Noninvasive ventilation to prevent respiratory failure after extubation in high-risk patients. *Crit Care Med* 33:2465-2470
76. Nelson BJ, Weinert CR, Bury CL, Marinelli WA, Gross CR (2000) Intensive care unit drug use and subsequent quality of life in acute lung injury patients. *Crit Care Med* 28:3626-3630
77. Norrberg M, Vincent JL (2000) A profile of European intensive care unit physiotherapists. *European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med* 26:988-994
78. Paratz J, Burns Y (1993) The effect of respiratory physiotherapy on intracranial pressure, mean arterial pressure, cerebral perfusion pressure and end tidal carbon dioxide in ventilated neurosurgical patients. *Physiother Theory Pract* 9:3-11
79. Partsch H (2002) Bed rest versus ambulation in the initial treatment of patients with proximal deep vein thrombosis. *Curr Opin Pulm Med* 8:389-393
80. Plant PK, Owen JL, Parrott S, Elliott MW (2003) Cost effectiveness of ward based non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: economic analysis of randomised controlled trial. *BMJ* 326:956
81. Polkey MI, Moxham J (2001) Clinical aspects of respiratory muscle dysfunction in the critically ill. *Chest* 119:926-939
82. Porta R, Vitacca M, Gile LS, Clini E, Bianchi L, Zanotti E, Ambrosino N (2005) Supported arm training in patients recently weaned from mechanical ventilation. *Chest* 128:2511-2520
83. Ram FS, Lightowler JV, Wedzicha JA (2003) Non-invasive positive pressure ventilation for treatment of respiratory failure due to exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* CD004104
84. Redfern J, Ellis E, Holmes W (2001) The use of a pressure manometer enhances student physiotherapists' performance during manual hyperinflation. *Aust J Physiother* 47:121-131
85. Richard R, Ward RS (2005) Splinting strategies and controversies. *J Burn Care Rehabil* 26:392-396
86. Richards K, Nagel C, Markie M, Elwell J, Barone C (2003) Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* 15:329-340
87. Richards KC (1994) Sleep promotion in the critical care unit. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs* 5:152-158
88. Richards KC, Gibson R, Overton-McCoy AL (2000) Effects of massage in acute and critical care. *AACN Clin Issues* 11:77-96
89. Rocker GM, Mackenzie MG, Williams B, Logan PM (1999) Noninvasive positive pressure ventilation: successful outcome in patients with acute lung injury/ARDS. *Chest* 115:173-177
90. Roussos C (1985) Function and fatigue of respiratory muscles. *Chest* 88:124S-132S
91. Salter RB (1989) The biologic concept of continuous passive motion of synovial joints. The first 18 years of basic research and its clinical application. *Clin Orthop Relat Res* 242:12-25
92. Schwartz Cowley R, Swanson B, Chapman P, Mackay LE (1994) The role of rehabilitation in the intensive care unit. *J Head Trauma Rehabil* 9:32-42
93. Sharp JT, Druz WS, Moisan T, Foster J, Machnach W (1980) Postural relief of dyspnea in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 122:201-211
94. Sim J (1998) Interpersonal aspects of care: communication, counselling and health education. In: Pryor JA, Webber BA (eds) *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems*. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp 211-226
95. Singer M, Vermaat J, Hall G, Latter G, Patel M (1994) Hemodynamic effects of manual hyperinflation in critically ill mechanically ventilated patients. *Chest* 106:1182-1187
96. Sivasothy P, Brown L, Smith IE, Shmeerson JM (2001) Effect of manually assisted cough and mechanical insufflation on cough flow of normal subjects, patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and patients with respiratory muscle weakness. *Thorax* 56:438-444
97. Squadrone V, Coha M, Cerutti E, Schellino MM, Biolino P, Occella P, Belloni G, Viliand G, Fiore G, Cavallaro F, Ranieri VM (2005) Continuous positive airway pressure for treatment of postoperative hypoxemia: a randomized controlled trial. *JAMA* 293:589-595
98. Stiller K (2000) Physiotherapy in intensive care. Towards an evidence based practice. *Chest* 118:1801-1813
99. Stiller K, Jenkins S, Grant R, Geake T, Taylor J, Hall B (1996) Acute lobar atelectasis: a comparison of five physiotherapy regimens. *Physiother Theory Pract* 12:197-209
100. Stiller K, Philips A (2003) Safety aspects of mobilising acutely ill patients. *Physiother Theory Pract* 19:239-257
101. Stoll C, Schelling G, Goetz AE, Kilger E, Bayer A, Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Kreuzer E, Reichart B, Peter K (2000) Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 120:505-512
102. Stoller JK, Mascha EJ, Kester L, Haney D (1998) Randomized controlled trial of physician-directed versus respiratory therapy consult service-directed respiratory care to adult non-ICU inpatients. *Am J Respir Crit Care Med* 158:1068-1075
103. Thomas DC, Kreizman JJ, Melchiorre P, Ragnarsson KT (2002) Rehabilitation of the patient with chronic critical illness. *Crit Care Clin* 18:695-715
104. Topp R, Dittmyer M, King K, Doherty K, Hornyak J III (2002) The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit. *AACN Clin Issues* 13:263-276
105. Unoki T, Kawasaki Y, Mizutani T, Fujino Y, Yanagisawa Y, Ishimatsu S, Tamura F, Toyooka H (2005) Effects of expiratory rib-cage compression on oxygenation, ventilation, and airway-secretion removal in patients receiving mechanical ventilation. *Respir Care* 50:1430-1437
106. Van 't Hul A, Gosselink R, Hollander P, Postmus P, Kwakkel G (2006) Training with inspiratory pressure support in patients with severe COPD. *Eur Respir J* 27:65-72

107. Walsh D (1991) Nocioceptive pathways – relevance to the physiotherapist. *Physiotherapy* 77:317–321
108. Wenger NK (1982) Early ambulation: the physiologic basis revisited. *Adv Cardio* 31:138–141
109. Winkelman C, Higgins PA, Chen YJ, Levine AD (2007) Cytokines in chronically critically ill patients after activity and rest. *Biol Res Nurs* 8:261–271
110. Wood CJ (1998) Endotracheal suctioning: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs* 14:124–136
111. Yang KL, Tobin MJ (1991) A prospective study of indexes predicting the outcome of trials of weaning from mechanical ventilation. *N Engl J Med* 324:1445–1450
112. Yohannes AM, Connolly MJ (2003) Early mobilization with walking aids following hospital admission with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Rehabil* 17:465–471
113. Zafiropoulos B, Alison JA, McCarren B (2004) Physiological responses to the early mobilisation of the intubated, ventilated abdominal surgery patient. *Aust J Physiother* 50:95–100
114. Zanotti E, Felicetti G, Maini M, Fracchia C (2003) Peripheral muscle strength training in bed-bound patients with COPD receiving mechanical ventilation. Effect of electrical stimulation. *Chest* 124:292–296
- R. Gosselink (✉)  
Katholieke Universiteit Leuven, Respiratory Rehabilitation, Faculty of Kinesiology and Rehabilitation Sciences,  
Tervuursevest 101, 3000 Leuven, Belgium  
e-mail: rik.gosselink@uz.kuleuven.ac.be
- J. Bott  
Surrey Primary Care Trust, Respiratory Care Team,  
Chertsey, UK
- M. Johnson  
Meath and National Children's Hospital, Physiotherapy Department,  
Dublin, Ireland
- E. Dean  
University of British Columbia, School of Rehabilitation Sciences,  
Vancouver, Canada
- S. Nava  
Fondazione S. Maugeri Istituto Scientifico di Pavia, Respiratory Intensive Care Unit, I.R.C.C.S. Pavia, Italy
- M. Norrenberg · J. L. Vincent  
Erasmus Hospital (Free University of Brussels), Department of Intensive Care, Brussels, Belgium
- B. Schönhofer  
Klinikum Region Hannover, Krankenhaus Oststadt-Heidehaus, Abteilung Pneumologie und Internistische Intensivmedizin,  
Hannover, Germany
- K. Stiller  
Royal Adelaide Hospital, Physiotherapy Department,  
Adelaide, South Australia, Australia
- H. van de Leur  
Hanze University Groningen, Faculty for Health Studies, School of Physiotherapy,  
Groningen, The Netherlands

Copyright of Intensive Care Medicine is the property of Springer Science & Business Media B.V. and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.



Artigo de Revisão de Literatura

## Mobilização precoce em UCI

### Early mobilization in ICU

Ana Rita Santos<sup>1</sup>, Isabel Salvado de Oliveira<sup>2</sup>, Teresa Silveira<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente;

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

A mobilização precoce de doentes críticos em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) revela-se importante na prevenção de complicações da imobilidade, optimização do transporte de oxigénio, melhoria da ventilação alveolar, facilita o desmame ventilatório e num patamar mais elevado, maximiza a independência e melhora a qualidade de vida.

São realizadas as intervenções desempenhadas pelo enfermeiro de reabilitação na mobilização de doentes na UCI, como o posicionamento, mobilizações passivas, activas e resistidas, rolar no leito, terapia cinética, posição ortostática e treino de marcha. Este artigo foca também a importância da mobilização dos doentes internados em UCI como um procedimento seguro. É imprescindível a avaliação das condições de segurança, com especial atenção à reserva cardiovascular e respiratória, com monitorização de frequência cardíaca, pressão arterial, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub> e PaCO<sub>2</sub>. Não se pode descuidar outros factores de segurança, extrínsecos ao doente, como o ambiente da UCI e o rácio enfermeiro-doente.

*Early mobilization of critical patients in ICU is important in preventing complications of immobility, optimization of oxygen transport, in improving alveolar ventilation, facilitating ventilator weaning and in a higher level, it maximizes independence and improves quality of life.*

*The interventions performed by the rehabilitation nurse in the mobilization of patients in the ICU, such as positioning, passive active and resisted mobilization, rolling in bed, kinetic therapy, standing position and gait training must be underlined. This article also focuses that the mobilization at ICU is a safe procedure. It is imperative to assess the conditions of security, with particular attention to cardiovascular and respiratory reserve, with monitoring of pulse, arterial pressure, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub> and PaCO<sub>2</sub>. Safety factors extrinsic to the patient such as the environment of the professionals available can not be neglected.*



**PALAVRAS-CHAVE:** Mobilidade; UCI; mobilização.

**KEY WORDS:** Mobility; ICU; mobilization.

\* **Correspondência:** Teresa Silveira. Email: [tsilveira@esscvp.eu](mailto:tsilveira@esscvp.eu)

## INTRODUÇÃO

O movimento é uma característica fundamental da vida por ser indispensável à manutenção da estabilidade estrutural. A mobilidade é definida como sendo o “movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2001, p. 34).

Num contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), os doentes apresentam esta função gravemente comprometida gerando alterações profundas na recuperação da sua situação crítica, mas também na sua reabilitação após a alta hospitalar.

Jones & Griffiths (2000) referem que os doentes com maior tempo de internamento em UCI sob ventilação prolongada estão sujeitos a maior perda de massa muscular e a uma recuperação muscular mais demorada, em relação aos doentes com tempos de internamentos mais curtos.

Bahadur, Jones & Ntoumenopoulos (2008) indicam no seu estudo uma menor taxa de mortalidade dos doentes que foram mobilizados, sentados na cama ou fizeram levantar para cadeira em relação aos doentes que não foram alvo desses cuidados. Neste sentido, compreende-se que a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação tem aqui lugar, de forma a fazer diferença na evolução da situação clínica, minimizando as complicações decorrentes da imobilidade prolongada.

Outros problemas decorrentes da recuperação após alta da UCI são o recurso a equipamentos e apoio social, dificuldades financeiras e instabilidade laboral (Jones & Griffiths, 2000).

Desta forma, as implicações mais evidentes da imobilidade nos doentes na UCI são o aumento do tempo de internamento, a maior utilização dos recursos hospitalares, maior dependência nas actividades de vida diária (AVD's), necessidade de apoio familiar e da comunidade e consequentemente maiores custos sociais e económicos.

A presente revisão de literatura pretende evidenciar estratégias de intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na mobilização precoce dos doentes internados em UCI.

## RISCOS DA IMOBILIDADE

Os avanços científicos vieram ajudar os doentes a superar a doença aguda, mas por outro lado a torná-los cronicamente críticos. Uma percentagem elevada dos doentes que sobrevive após episódios agudos requer longos períodos de reabilitação, sobretudo, porque associada à ventilação prolongada e à longa estadia na UCI, estão perdas musculares e funcionais, dependência nas AVD's, fadiga, ansiedade, depressão, e stress, que diminuem significativamente a qualidade de vida. A ventilação mecânica ainda reduz o transporte mucociliar, provocando retenção de secreções e aumentando assim o risco de pneumonia associada à ventilação (Bahadur, Jones & Ntoumenopoulos, 2008).

Por exigência do tratamento intensivo, os doentes em UCI experimentam longos períodos de imobilidade na cama. A gravidade da sua situação e a administração de terapêutica vasopressiva, sedativa e curarizante são os principais factores que condicionam a mobilidade destes doentes, expondo-os a complicações inerentes à imobilidade como a atrofia, disfunção e fraqueza muscular, diminuição da capacidade funcional, diminuição do volume circulante, taquicardia, hipotensão ortostática, risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, entre outras (Skinner, Berney, Warrillow & Denehy, 2008; Baas, 2003).

### Mobilização em UCI

A reabilitação motora faz parte de um atendimento multidisciplinar dos doentes em cuidados intensivos. A intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação abrange os cuidados ao doente crítico com suporte ventilatório com o objectivo de evitar complicações respiratórias e motoras.

O início de uma mobilização precoce tem como objectivos prevenir as complicações decorrentes da imobilidade no leito, minimizar a perda da mobilidade, maximizar a independência e facilitar o desmame ventilatório (Perme, Southard, Joyce, Noon & Loebe, 2006; Morris *et al.*, 2008). As implicações fisiológicas da mobilização prendem-se com a optimização do transporte de oxigénio e melhoria da ventilação alveolar.

Desta forma, a importância da mobilização precoce passa pelos ganhos na capacidade funcional, mas repercute-se num patamar mais elevado, na independência do indivíduo e na melhoria da sua qualidade de vida.

Como resultados da mobilização nos doentes em UCI, Stiller (2000) observou após a terapia, redução do *shunt* intrapulmonar em cerca de 20% e aumento da *compliance* pulmonar em 14%.

Skinner, Berney, Warrillow & Denehy (2008) e Morris *et al.* (2008) admitem também, que os doentes sujeitos a ventilação mecânica prolongada deverão ter um programa de treino por rotina. No entanto, o programa de exercícios dos doentes com ventilação mecânica invasiva distingue-se do programa aplicado à generalidade dos doentes em UCI. As principais razões apontadas são: limitações dos equipamentos (presença de tubo endotraqueal, traqueias do ventilador, monitorização); expectativas reduzidas em relação à intensidade e duração dos exercícios pela fraca tolerância ao esforço; necessidade de adequar o rácio enfermeiro/doente ventilado; elevado nível de fadiga e maiores limitações por alterações da função respiratória, e pelo frequente uso de sedativos e nível de alerta e cooperação reduzidos.

Neste sentido, Skinner *et al.* (2008) constataram que os exercícios realizados nos doentes ventilados centravam-se mais em exercícios realizados no leito, com rara deambulação. A decisão de mobilizar os doentes fora da cama apenas após realização de traqueostomia prende-se com a noção de que a traqueostomia representa uma via aérea mais estável. No entanto Bailey *et al.* (2007) e Morris *et al.* (2008) referem que a mobilização é realizada com a presença de tubo orotraqueal, o que parece sugerir que os doentes podem ser mobilizados num estadio anterior.

O suporte ventilatório adequado e o suplemento de oxigénio são imperativos para que o doente tolere o aumento progressivo de níveis de esforço (Perme *et al.*, 2006).

### O papel do Enfermeiro de Reabilitação

A avaliação inicial para a introdução da mobilização precoce inclui: história clínica actual e anterior; nível funcional anterior; *status* mental; observação geral e integridade da pele; sinais vitais; medicação; parâmetros ventilatórios e necessidade de oxigénio; força muscular; sensibilidade; coordenação; equilíbrio; *endurance*; funcionalidade na mobilidade na cama, nas transferências, na marcha e AVD's (Perme *et al.*, 2006).

### Mobilizações / posicionamentos

As intervenções de reabilitação dirigidas à mobilização precoce que integram a reabilitação motora do doente passam pelo posicionamento, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios respiratórios, mobilizações no leito e treino de marcha (Perme *et al.*, 2006).

Como critérios para terminar a sessão de reabilitação, Perme *et al.* (2006) definem: hipotensão associada a tonturas, lipotímia ou diaforese, dispneia severa, saturação de oxigénio inferior a 90% com suplemento de oxigénio, dor torácica significativa ou desconforto, fadiga extrema e pedido do doente para parar.

O posicionamento em UCI pode ser utilizado com o objectivo de otimizar a relação ventilação/perfusão (V/Q), de forma a aumentar os volumes pulmonares, minimizar o trabalho respiratório e cardíaco e melhorar a *clearance* pulmonar (Stiller, 2000).

O posicionamento em decúbito dorsal promove o aumento de volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório nos doentes em desmame ventilatório. O decúbito ventral, por outro lado, aumenta a relação V/Q, redistribui o edema e aumenta a capacidade residual nos doentes com síndrome da dificuldade respiratória do adulto. Os posicionamentos laterais e semi-laterais para o lado do pulmão não afectado promovem uma melhor ventilação e relação V/Q, e facilitam a drenagem de secreções e permeabilidade da via aérea nos doentes com atelectasia lobar (Stiller, 2000).

As técnicas de mobilização de doentes com via aérea artificial e ventilados mecanicamente incluem movimentos passivos, activos assistidos ou activos resistidos dos membros, com o objectivo de manter a amplitude articular, força muscular e reduzir o risco de tromboembolismo. Os exercícios de mobilização importantes em UCI são o rolar activamente na cama, sair da cama, quer através de elevadores mecânicos quer através de transferência com recurso a tábua de transferência, sentar na cama, manter posição ortostática e deambulação (Stiller, 2000).

Nas mobilizações que envolvem a postura ortostática estão ainda associados os benefícios de uma posição erecta sendo que a estimulação gravitacional mantém ou restaura a distribuição de fluidos corporais reduzindo os efeitos da imobilidade e da permanência no leito (Stiller, 2000). A posição ortostática, passiva ou activa, pode ser adoptada para estimulação motora, melhoria das trocas gasosas e do estado de alerta (Jerre *et al.*, 2007). Nas situações em que os doentes são incapazes de se levantar ou mobilizar com segurança, mesmo com assistência, é recomendada a utilização de plano inclinado para readaptar os doentes à posição vertical.

A utilização de camas específicas na terapia cinética previne o encerramento das vias aéreas, aumenta a *compliance* e reduz atelectasias, evita a estagnação de secreções pulmonares e consequentes infecções resultantes na imobilidade prolongada (Stiller, 2000).

### Monitorização do doente na mobilização

A mobilização de doentes tem como objectivo, entre outros, provocar no indivíduo respostas a nível respiratório e cardiovascular, por isso, é imprescindível considerar a segurança do doente antes do tratamento ser instituído.

O conhecimento da história clínica anterior e actual indica de que forma a reserva respiratória e cardiovascular do doente pode ser factor limitativo da actividade e que sinais e sintomas devem ser monitorizados durante a mobilização.

Stiller (2007) verificou que a frequência cardíaca (FC) tinha um aumento de cerca de 10% em relação aos valores basais do doente, durante a actividade. Verificou-se útil expressar a FC do doente em repouso como uma percentagem da FC máxima predefinida para a sua idade, de forma a promover a estimulação da capacidade de reserva. Sugere ainda que em doentes críticos com percentagem alta de FC em repouso (superior a 60% da FC máxima predefinida para a idade) podem surgir limitações da reserva cardíaca para tolerar actividades que aumentem a FC (Stiller, 2007).



Assim, preconiza-se a monitorização contínua do doente antes, durante e após as técnicas de mobilização de forma a assegurar que a FC se encontra dentro do pré-estabelecido e que a actividade é bem tolerada. Os sinais e sintomas de stress cardiovascular devem também ser identificados, como a respiração rápida, dor torácica, desmaio e sudorese (Stiller, 2007).

No que diz respeito à pressão arterial (PA), é usual em resposta ao exercício, o aumento da PA sistólica, verificando-se um aumento linear à medida que a intensidade do exercício aumenta. A PA diastólica pelo contrário tende a permanecer igual, aumentando apenas quando o exercício físico é muito intenso.

Stiller (2007) recomenda, a partir da sua experiência, que é mais importante a estabilidade da PA do que o seu valor absoluto, considerando que o seu aumento ou declínio em 20% representa instabilidade hemodinâmica, sendo prudente a interrupção do exercício.

Um factor importante a controlar é a relação da pressão parcial de oxigénio/ fracção inspirada de oxigénio ( $PaO_2/FiO_2$ ). A contemplação desta relação na avaliação do doente é mais fidedigna do que a avaliação isolada da  $PaO_2$ . Os doentes com uma relação  $PaO_2/FiO_2$  superior a 300 terão suficiente reserva respiratória para tolerar a mobilização, os doentes com relações entre 200-300 têm uma reserva respiratória marginal, e os doentes com relações  $PaO_2/FiO_2$  inferiores a 200 têm reservas respiratórias muito pequenas ou inexistentes (Stiller, 2007). No entanto, um valor baixo de  $PaO_2/FiO_2$  não é contra-indicação para a mobilização, mas antes indica a necessidade de cuidado extremo na realização de actividades que vão exigir um maior consumo de oxigénio. A relação  $PaO_2/FiO_2$  permite uma avaliação objectiva que contribui para a tomada de decisão tendo em conta a segurança do doente crítico.

A elevação aguda da pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial ( $PaCO_2$ ) indica insuficiência respiratória aguda, sendo que esta elevação por si mesma não afecta a capacidade de mobilização. Contudo, deve ser reconsiderada quando associada a problemas na oxigenação. A elevação

crónica da  $PaCO_2$  é pouco provável que afecte a capacidade para mobilização, excepto quando acompanhada de deterioração neurológica (Stiller, 2007).

A observação do padrão respiratório do doente pode trazer informações adicionais no que diz respeito à reserva respiratória, uma vez que o mesmo pode apresentar uma oxigenação adequada com base na relação  $PaO_2/FiO_2$ , mas devido a um aumento do trabalho respiratório. Desta forma, embora em termos analíticos, a informação seja no sentido de plena capacidade para o exercício, a observação subjectiva aponta para uma mobilização cautelosa ou mesmo para o seu adiamento (Stiller, 2007).

Apesar de menos fiável, a saturação periférica de oxigénio ( $SpO_2$ ) é um indicador da oxigenação do doente que deverá ser conhecido antes e durante a mobilização. Uma  $SpO_2$  superior a 90% é um indicador de reserva suficiente para tolerar a mobilização (Bailey *et al.*, 2007).

Os doentes devem permanecer com um bom suporte ventilatório durante a mobilização de forma a maximizar a sua capacidade de reserva respiratória, pelo menos numa fase inicial. Na realidade, é defendido um aumento do nível de suporte ventilatório para que as intervenções sejam melhor toleradas. Assim, quando o doente tolera a mobilização num determinado nível de suporte ventilatório, poderá reduzir-se o mesmo e manter o mesmo tipo de mobilização ou, manter o suporte ventilatório e aumentar a intensidade dos exercícios de mobilização (Stiller, 2007).

Bailey *et al.* (2007) e Perme *et al.* (2006) afirmam que a actividade precoce nos doentes admitidos em UCI com insuficiência respiratória é uma prática segura. A taxa de eventos adversos é baixa, menor que 1%, sendo que nenhuma complicação foi considerada grave; a ocorrência de efeitos adversos à mobilização não resultou em extubação, ou complicações que exigissem tratamentos adicionais, aumento de custos ou prolongamento do tempo de hospitalização.

## CONCLUSÃO

Evidências recentes descrevem os efeitos a curto e longo prazo das complicações da imobilidade nos doentes críticos e renovam a pertinência da mobilização precoce. Os objectivos da Enfermagem de reabilitação em UCI centram-se em prevenir as complicações decorrentes da imobilidade no leito, minimizar a perda da mobilidade, melhorar a oxigenação alveolar, facilitar o desmame ventilatório, maximizar a independência e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação dirigida à recuperação do doente em UCI deve ser planeada após avaliação da história clínica e da situação actual do doente, de forma a planear as actividades de exercício, que passam pelo posicionamento no leito, exercícios de fortalecimento muscular, mobilizações passivas e activas, actividades no leito (rolar, sentar na beira da cama, treino de equilíbrio e execução de AVD's), posição ortostática, transferências e treino de marcha.

A mobilização dos doentes em UCI proporciona benefícios a diferentes níveis e mostrou ser uma prática segura mesmo nos doentes com suporte ventilatório e entubação oro-traqueal. Os critérios de segurança passam pela vigilância dos parâmetros da reserva cardiovascular e respiratória. Percentagem de FC em repouso superior a 60% da FC máxima predefinida para a idade indica limitações da reserva cardíaca; o aumento ou declínio em 20% da PA obriga à interrupção do exercício; as relações  $PaO_2/FiO_2$  inferiores a 200 indicam reservas muito pequenas ou inexistentes;  $SpO_2$  superior a 90% é indicador de reserva suficiente para tolerar a mobilização. O aumento do trabalho respiratório, mesmo com relações  $PaO_2/FiO_2$  estáveis, pode constituir um indicador para adiamento do exercício.

A pesquisa realizada demonstra que a mobilização precoce representa ganhos a longo prazo para o doente e para a sociedade, promovendo uma recuperação e integração mais rápida e diminuindo a necessidade de equipamentos de apoio após internamento em UCI.

## REFERÊNCIAS

- Baas, L. (2003). Imobilidade prolongada. In P. Swearingen & J. Keen (Eds.). *Manual de Enfermagem de cuidados intensivos – Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (p. 88-99). Loures: Lusociência.
- Bahadur, K., Jones G., Ntoumenopoulos, G. (2008). An observational study of sitting out of bed in tracheostomised patients in the intensive care unit. *Physiotherapy*, 94(4), 300-305.
- Bailey, P. et al. (2007). Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Critical Care Medicine*, 35(1), 139-145.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2001). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP – Versão β 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Jerre, G. et al. (2007). Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(Supl. 2), 142-150.
- Jones, C. & Griffiths, R. (2000). Identifying post intensive care patients who may need physical rehabilitation. *Clinical Intensive Care*, 11(1), 35-38.
- Morris, P. et al. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2238-2243.
- Perme, C., Southard, R., Joyce, D., Noon, G. & Loebe, M. (2006). Early mobilization of LVAD recipients who require prolonged mechanical ventilation. *Texas Heart Institute Journal*, 33(2), 130-133.
- Skinner, E., Berney, S., Warrillow, S. & Denehy, L. (2008). Rehabilitation and exercise prescription in Australian intensive care units. *Physiotherapy*, 94(3), 220-229.
- Stiller, K. (2000). Physiotherapy in intensive care: Towards an evidence-based practice. *Chest*, 118(6), 1801-1813.
- Stiller, K. (2007). Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 23(1), 35-53.

Apêndice V a) - Apêndice I - Plano de cuidados  
especializados de reabilitação para a doente T. S. S. M.



## **3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

## **Ensino Clínico**

Promoção da mobilidade

Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores  
da pessoa com AVC, como suporte para a alta

**Elaborado por:**

**Carmen Borralho – aluna n.º 3944**

**Orientadora:**

**Docente Vanda Marques Pinto**

Lisboa

Outubro, 2012

## **AValiação de Necessidades de Cuidados Especializados de Reabilitação**

**Motivo de internamento da doente no serviço de neurocirurgia do Hospital [REDACTED] segundo o processo clínico, SAM (Sistema de Apoio Médico) e SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).**

T.S.S.M., sexo feminino, 26 anos de idade, logista em estabelecimento de venda de roupa desportiva numa grande superfície, sem antecedentes pessoais relevantes, internada a 20 de Abril de 2012 para estudo e realização de exames complementares de diagnóstico, por quadro de queixas de cefaleias bifronto-temporais com um mês de evolução, inicialmente acompanhada de vômitos, sem história de traumatismo crânio-encefálico e sem perda de conhecimento.

À entrada negava diminuição da força muscular, alterações da sensibilidade, visuais ou da linguagem. Apenas há referência a dificuldade em desenhar como até então (banda desenhada), um dos hobbies preferidos da doente.

À observação aquando da admissão no serviço apresentava:

- score 15 na Escala de Comas de Glasgow (ECG),
- pupilas isocórias e isoreactivas à luz,
- sem défices oculomotores,
- sem alterações dos pares craneanos,
- sem assimetrias motoras,

- sem défices sensitivos,
- prova dedo-nariz sem dismetria bilateral, de olhos abertos /fechados,
- marcha sem alterações,
- sem sinais meníngeos.

Realizou Ressonância Magnética Cerebral a 20/04/2012, que revelou - Extensa lesão expansiva do hemisfério cerebral direito fronto-parietal, com infiltração da comissura calosa, envolvendo a substância branca frontal contralateral, conferindo aspecto em “borboleta”. Apresenta um componente quístico necrótico frontal superior à direita, compatível com lesão tumoral primitiva do sistema nervoso central da série glial com elevado grau de malignidade.

Depreendo, que as imagens encontradas na RMN corroboram as alterações apresentadas pela doente no momento da admissão, no que diz respeito à sua dificuldade em desenhar. Isto porque as lesões do hemisfério direito do cérebro podem dar origem a apraxias gráficas, uma vez que o hemisfério direito está associado a funções cognitivas tais como a atenção, percepção e memória visuo-espacial, esquema corporal, reconhecimento de expressões faciais e habilidade artística, gráfica e musical.

Foi então submetida a biópsia cerebral com apoio de sistema de neuronavegação que decorreu sem complicações/intercorrências intraoperatórias em 10 de Maio de 2012, tendo a doente acordado sem défices neurológicos acrescidos. Contudo, 3-4 horas após a cirurgia, a doente desenvolveu um quadro de crises convulsivas tónico-clónicas generalizadas, que não cedeu à terapêutica anticonvulsivante administrada.

Nessa altura, optou-se por sedoanalgesiar e entubar traquealmente a doente para controlo das crises. A doente ficou internada na UCI de Neurocirurgia, durante 5 semanas. Ao longo destas semanas conseguiu-se atingir o controlo epiléptico, apesar das inúmeras

intercorrências infecciosas, respiratória e urinária, e dos períodos de instabilidade eléctrica e hemodinâmica. De referir, que houve um período em que após a suspensão da sedação a doente apresentou um score 3 na ECG, com pupilas em midríase, não reactivas e sem reflexos do tronco cerebral, tendo havido necessidade de realizar provas de morte cerebral, para potencial dadora de órgãos. No entanto, gradualmente, o quadro reverteu, apresentando a doente pupilas anisocóricas, sendo que a PD»PE, nistagmo horizontal, movimentos espontâneos das pálpebras e ao chamamento verbal, reflexo de tosse e reacção de fuga bilateral dos MS's e MI's, a estímulos dolorosos. No que concerne à força, apresentava força grau 0/5, na escala de Lower ao nível dos quatro membros, sem espasticidade e queda posterior da base da língua O desmame ventilatório foi conseguido a 08 de Junho de 2012, através de cânula de traqueostomia.

Dia 17 de Maio de 2012 – o resultado histológico da biópsia revelou tratar-se de um astrocitoma anaplásico grau III.

O estudo com TAC CE (tomografia axial computadorizada) de 18-05-2012 revelou, acentuada herniação transtentorial descendente e das amígdalas cerebelosas, sendo os restantes aspectos sobreponíveis no que se refere á extensa lesão expansiva do hemisfério cerebral direito a ás discretas alerações hemorrágicas pós biópsia.

Dia 07 de Junho de 2012 realizada traqueostomia, com cânula nº. 8, não fenestrada com cuff.

Dia 15 de Junho tolera o primeiro levante para o cadeirão.

Dia 20 de Junho a doente é transferida para a enfermaria do serviço de NC, com o seguinte quadro neurológico; abertura espontânea dos olhos, encara o observador, dirigindo o olhar, com manifestações compatíveis com o reconhecimento dos familiares, cumpre ordens simples, anisocoria mantida, sem movimentos activos dos quatro membros.

Dia 13 de Julho de 2012, foi substituída cânula nº. 8, por fenestrada e sem cuff.

Dia 25 de Julho de 2012 – colocada PEG para alimentação entérica.

A 26 de Julho de 2012, realizou RMN CE – destacando-se modificação das características semiológicas da muito volumosa lesão tumoral fronto-parietal direita, com muito extensa invasão da comissura calosa e extensão á substância branca subcortical profunda esquerda. O corpo caloso apresenta aspecto mais expandido.

A 31 de Julho de 2012 apresenta discreto movimento dos dedos da mão direita.

Dia 14 de Agosto de 2012 – Foi ao Hospital [REDACTED] para consulta de radioterapia (RT)

Durante o internamento a doente foi submetida a programa de Enfermagem de Reabilitação e que consistia nas seguintes intervenções:

- Mobilização passiva dos quatro membros; cabeça e pescoço;
- Levante;
- Sentada em cadeira de rodas de espaldar alto,
- Posicionamentos no leito;
- Cinesiterapia respiratória e drenagem postural modificada;
- Clampagem progressiva da cânula da traqueostomia para desmame da mesma (máximo de tempo tolerado pela doente - 7 horas)

Dia 20 de Agosto de 2012 – inicia 1ªsessão de radioterapia, no hospital supra citado.

Dia 29 de Agosto de 2012 – Transferida para o serviço de Pneumologia do [REDACTED] para a realização de sessões de RT (total de 22 sessões).

Dia 03 de Outubro regressa ao [REDACTED] enfermaria do serviço de NC para reavaliação neurológica, psicológica e social, para eventual encaminhamento para o domicílio ou RNCCI.

### **Ensino Clínico – período temporal de 04 a 26 de Outubro de 2012**

Dia 04 de Outubro de 2012, primeiro dia de ensino clínico, foi-me atribuída a D<sup>a</sup>. T, sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, [REDACTED], para observação participativa na realização de programa de enfermagem de reabilitação. A jovem doente encontrava-se na cama 13, da enfermaria do serviço. Estava em isolamento de contacto, devido ao prolongado internamento hospitalar a que tem estado sujeita, pelo que era necessário proceder á utilização do equipamento de proteção individual, de forma a prevenir a infecção nosocomial.

Ao ser abordada, constato que se encontrava neurologicamente vígil, com abertura ocular espontânea e ao chamamento verbal, apresentava afasia de expressão (e de compreensão? devido á extensão e invasão do tumor para o hemisfério esquerdo?) e parecia comunicar não verbalmente através do olhar com movimentos palpebrais (sim, abdução palpebral; não, adução palpebral), encarava e seguia o observador com o olhar, obedecia a ordens simples pelo olhar, mas não complexas, embora muitas vezes as respostas fossem inconclusivas. Pupilas anisocóricas, sendo a pupila direita maior que a esquerda, ambas reactivas á luz. Não conseguia encerrar totalmente a pálpebra direita.



Apresentava um discreto desvio da comissura labial á esquerda e fácies sereno, aparentando não ter dor, segundo a escala de dor do observador. Ao ter sido questionada, após algumas vezes seguidas, face á dor, esboçou um movimento de adução palpebral, correspondente ao não, o que vai de encontro à interpretação efectuada através da escala da dor referenciada.

Relativamente à força muscular, a doente apresentava força grau 0/5 ao nível da cabeça-pescoço, dos membros inferiores e membro superior esquerdo, força de grau 0/5 no ombro direito. Está presente, força de grau 2/5 nos seguintes segmentos do membro superior direito: consegue realizar movimentos dos dedos da mão direita, punho e antebraço e cotovelo, na base da cama, em raio incompleto, mas não vence a gravidade, segundo a escala de Lower,

Apresentava discreta limitação da amplitude articular no cotovelo esquerdo (160º), mantendo-se as restantes amplitudes articulares sem alterações.

Quanto ao tónus muscular, apresentava hipertonía do membro superior esquerdo, mantida nos restantes membros

No que diz respeito à sensibilidade, considero que foi de difícil avaliação. As respostas obtidas pela doente não conduzem a respostas conclusivas dado que nem sempre responde (através da comunicação não verbal ) quando questionada. A colaboração da doente é bastante limitada na realização das provas dada a sua condição clínica. Na avaliação da sensibilidade superficial não houve resposta aquando da pesquisa, apresenta fuga á dor aquando da avaliação da sensibilidade dolorosa – barestesia, no leito ungueal. Contudo, há a referir que nem sempre houve resposta.

A avaliação dos pares craneanos foi também de difícil interpretação, pelo motivo supra referido. I par craniano, inconclusivo com prova de cheiros, II par apenas avaliado reflexo de ameaça, que se encontrava presente. III, IV e VI pares, com alterações, pálpebra direita não faz a adução na totalidade (III), actualmente sem nistagmo. As pupilas encontram-se anisocóricas, PD»PE. V par craniano, com avaliação inconclusiva, por falta de colaboração da doente (quando testado o reflexo córneo-palpebral, apresenta reflexo de

ameaça). VII par, apresenta discreto desvio da comissura labial á esquerda. Não revela movimentos voluntários de mímica facial. VIII par, inconclusivo o teste de Rinne por falta de colaboração da doente, mas abre os olhos quando estimulada verbalmente. Não apresenta equilíbrio estático. IX e X pares, não foi avaliado. XI e XII, aparentemente com alterações, a doente não colabora na abdução da mandíbula e não faz protusão da língua.

Encontrava-se em respiração espontânea através de cânula de traqueostomia fenestrada sem cuff, nº. 8, com aporte de O<sub>2</sub> a 2 l/min, por onde tem sido feito treino de clampagem da mesma de forma progressiva.

Não apresenta terapêutica endovenosa, apenas “per os”, através de PEG.

É alimentada através da PEG, com aporte de 1500ml de Fresubin, dos quais 1000ml são standart e 500 ml fibras, e hidratada com água.

Durante o turno teve a visita do marido e da mãe, sendo o primeiro o familiar de referência/familiar cuidador.

Neste dia, tive a oportunidade de colaborar no plano de enfermagem de reabilitação preconizado para esta doente, tendo realizado mobilizações passivas da cabeça-pescoço e de todos os segmentos articulares, dos membros inferiores e membro superior esquerdo, e activas assistidas no MSD, com estimulação visual para o movimento (promover neuroplasticidade), cinesiterapia respiratória e drenagem postural modificada (de forma a prevenir o aumento da pressão intracraniana) no leito. Posteriormente, foi feito o levante da doente com equipamento adaptativo de transferência – elevador, para o efeito, uma vez que ainda não se começou a trabalhar o treino do equilíbrio estático, embora seja pretensão da equipa de enfermagem de reabilitação iniciá-lo brevemente.

Dia 09 de Outubro de 2012, não há alterações do quadro neurológico da doente. Foram efectuadas mobilizações passivas e cinesiterapia respiratória, com drenagem postural modificada no leito. Realizada toilette brônquica, com recurso ao insuflador manual e fluidificação com soro fisiológico.

Foram prestados os cuidados de higiene no duche em maca banheira, tendo recorrido ao easy-slide, para efectuar a transferência da cama para a mesma. Posteriormente foi feito levantar da maca banheira para a CR de espaldar alto, com o auxílio do elevador.

Foi colocada tala insuflável no MSE da doente durante 30 minutos para estimulação proprioceptiva, promoção do relaxamento muscular e da manutenção da amplitude articular, bem como para redução da espasticidade (promovido pelo ar quente com o qual é insuflada a tala). Cerca de 3 horas após o levantar, a doente foi transferida da CR para a cama, com auxílio de equipamento adaptativo - elevador e posicionada. Foram aspiradas secreções brônquicas intra cânula de traqueostomia sempre que necessário e clampada traqueostomia durante o período de tempo em que a doente esteve sentada.

Dia 10 de Outubro de 2012, foram executadas as actividades descritas no dia anterior, à excepção da higiene, que foi realizada no leito. A doente parece ter esboçado um discreto sorriso. Efectuados ensinamentos ao marido da doente, relativamente à técnica de aspiração de SB, uma vez que existe a possibilidade da doente regressar ao domicílio.

Quer a mãe, quer o marido da doente, demonstravam ao longo dos dias, afecto, carinho e preocupação para com ela, embora tivessem entre ambos uma relação conflituosa, a qual parecia ser percebida pela jovem.

A 11 de Outubro, a doente é referenciada para a RNCCI (longa duração e manutenção) pela equipa interdisciplinar. Na carta de referência constava, o parecer da assistente social, uma avaliação do médico assistente da doente, uma avaliação de enfermagem e uma avaliação da fisiatra.

Dia 14 de Outubro, a doente foi transferida para a cama 15. Tal facto, propositado pela equipa de enfermagem, possibilitou-lhe ficar junto à janela, de forma a poder olhar através da mesma para o exterior, caso fosse esse o seu desejo.

Foi mantido o plano de enfermagem de reabilitação da doente, e estabelecido diálogo com o marido da doente, onde foi dada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas, bem como partilha de sentimentos e receios.

Dia 15 de Outubro de 2012 a doente é-me novamente atribuída, executando o plano iniciado no dia 09. Após diálogo com a Enfª. alterámos a sequência do programa, começando por realizar a cinesiterapia com drenagem postural modificada. Posteriormente a doente foi levada ao duche em maca banheira, onde foram submersos os quatro membros em água morna com o propósito de promover assim o relaxamento muscular e realizadas as mobilizações passivas, com estimulação visual para o movimento. Seguidamente, foi efectuado o levante para a cadeira de rodas de espaldar alto. Neste momento, com a cânula fenestrada clampada, e após persistência, verbaliza, embora num tom muito pouco audível, “Bom-dia”, para minha felicidade e da Enfª. Cristina. Tal acontecimento foi deveras apreciado pela equipa multidisciplinar. Permaneceu sentada cerca de 3 horas, altura em que foi transferida para a cama e posicionada. Para estas transferências, foi utilizado o elevador.

No dia 17 de Outubro de 2012, a doente não me é atribuída, uma vez que estive a prestar cuidados de enfermagem de reabilitação na UC intermédios e UCI no serviço de NC, contudo, tive a oportunidade de a ir visitar durante o turno. A doente encontrava-se hoje mais sonolenta que o habitual. Quando saí de turno serviço, estava acompanhada pelo marido, como de costume.

Pelo exposto, é possível identificar as áreas de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação e que serão descritas no seguinte plano de cuidados.

Problemas identificados	Objectivos	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados/Avaliação
<b>Alteração da comunicação verbal, relacionada com lesão expansiva ocupante de espaço (tumor cerebral ), manifestada por afasia de expressão.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Obter uma forma de comunicação adequada e eficaz á condição clínica da doente.</li><li>- Estimular a capacidade cognitiva do doente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a disfasia;</li><li>- Explicar os objectivos do programa de reabilitação á doente e a forma como pode colaborar nos mesmos;</li><li>- Falar pausadamente com a doente, utilizando frases curtas e simples, para dar tempo à</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Que a doente se mantenha ligada ao mundo que a rodeia;</li></ul> <p><b>Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- A Dª T. esforça-se para manter um a comunicação não-verbal eficaz;</li><li>- A doente comunica através do olhar (abdução – sim; adução -</li></ul>

		<p>obtenção de resposta;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dar uma informação de cada vez e dar tempo para a sua resposta;</li><li>- Proporcionar um ambiente tranquilo e sem barulho;</li><li>- Utilizar um tom de voz neutra;</li><li>- Explicar sempre os procedimentos antes de qualquer exercício;</li></ul> <p>- Incentivar a família a comunicar com a doente através da comunicação não verbal, de forma a reduzir a ansiedade de ambas as partes;</p> <p>- Incentivar os exercícios orofaciais tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Assobiar</li><li>• Sorrir</li><li>• Simular um beijo</li><li>• Enrugar a testa;</li></ul> <p>- Valorizar os pequenos progressos, procedendo ao reforço positivo;</p> <p>- Observar a linguagem não verbal com a finalidade de evitar a fadiga;</p> <p>- Observar a linguagem não verbal com a finalidade de perceber se o utente compreende a mensagem que lhe está a ser transmitida;</p>	<p>não);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fica a dúvida se apresenta também afasia de compreensão, como consequência da sua lesão cerebral ou se existem flutuações no seu estado neurológico, uma vez que nem sempre se expressa quando abordada;</li><li>- O marido e a mãe comunicam com D<sup>a</sup> T. de uma forma calma e pausada para que a comunicação se faça de uma forma eficaz;</li><li>- Dia 10 de Outubro a doente esboçou um discreto sorriso após ser elogiada quanto à sua beleza;</li><li>- A 15 de Outubro de 2012, a doente verbalizou “Bom dia”, embora num tom pouco audível, quando a cânula de traqueostomia se encontrava clampada.</li></ul>
--	--	---	---

		- Estimular a comunicação verbal por parte da doente, nos momentos em que a cânula de traqueostomia se encontra clampada.	
<b>Alteração da mobilidade relacionada com tumor cerebral, manifestada por tetraparésia, sendo esta marcada nos MI'S e MSE, e ligeira no MSD.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservar e recuperar a amplitude dos movimentos;</li> <li>- Recuperar o equilíbrio estático sentada;</li> <li>- Recuperar alguma força muscular;</li> <li>- Minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade.</li> <li>- Prevenir e/ou inibir a instalação de espasticidade e suas complicações (contracturas musculares e rigidez articular).</li> <li>- Instruir o marido e mãe da doente a realizar as intervenções com a mesma de uma forma segura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a motricidade;</li> <li>- Avaliar o tônus muscular;</li> <li>- Avaliar da força muscular através da escala de Lower;</li> <li>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação de como vai decorrer;</li> <li>- Proporcionar privacidade (isolamento da cama com as cortinas totalmente fechadas);</li> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Realizar 1 vez por dia mobilizações passivas da cabeça-pescoço e de todos os segmentos articulares, dos membros inferiores e membro superior esquerdo, e activas assistidas no MSD respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal da doente;</li> <li>- Estimular a doente a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a readquirir o esquema corporal e a promover o engrama motor;</li> <li>- Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</li> <li>- Colocar a tala de pressão no MSE, para aumentar a carga sensitiva,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a D<sup>a</sup>. T. aumente gradualmente a força muscular; e que seja preservada a amplitude dos movimentos;</li> <li>- Que a D.T. readquirir algum equilíbrio estático sentada.</li> </ul> <p><b>Durante o internamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentimento da doente nos exercícios propostos.</li> <li>- A doente é posicionada com alternância de decúbitos;</li> <li>- Realizadas mobilizações passivas da cabeça e pescoço e de todos os segmentos articulares dos membros inferiores e membro superior esquerdo, e activas assistidas no MSD, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal da doente;</li> <li>- Direcção o olhar e mantém-se atenta aos exercícios realizados por pequenos períodos;</li> <li>- Tem sido preservada a amplitude articular dos 4 membros;</li> <li>- Durante o internamento foi colocada a tala de pressão no MSE, sem alterações ao nível da amplitude do cotovelo. Mantém limitação e espasticidade.</li> </ul>



		<p>diminuir a espasticidade e manter a amplitude da articulação do cotovelo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleccionar a CR apropriada, adaptada à doente – de espaldar alto para permitir apoio e equilíbrio da cabeça-pescoço e tronco, com recurso à utilização da almofada de gel na CR para prevenção de zonas de pressão.</li> <li>- Efectuar o levante para a cadeira de rodas (CR) com prévia aplicação de meias de contenção;</li> <li>- Avaliar sinais vitais, para despiste de alterações hemodinâmicas e eléctricas decorrentes do levante;</li> <li>- Vigiar o posicionamento dos pés (devido à ausência de sensibilidade).</li> <li>- Efectuar posicionamentos com alternância de decúbitos de forma a manter a integridade cutânea e promover conforto á doente, dando ênfase aos posicionamentos que contrariam o padrão espástico(tendo em conta a hipertonia do MSE da D<sup>a</sup>. T.)</li> <li>- Utilizar calçado tipo ténis (um a dois números acima do habitual), para facilitar o treino de carga quando sentada na CR e evitar zonas de pressão;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa.</li> <li>- Proceder aos registos de actividades realizadas, sua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levante diário para a CR com prévia colocação de meias de contenção nos membros inferiores, com recurso ao calçador de meias (facilita o processo);</li> <li>- Colocada almofada de gel na CR, almofadas e superfície de trabalho para prevenir zonas de pressão e manter o alinhamento corporal;</li> <li>-Reavaliação da motricidade (sem alterações durante as três semanas), força de grau 0/5 ao nível dos MI'S e MDE, e força de grau 2/5 no MSD);</li> <li>- Tem sido dada continuidade ao plano de enfermagem de reabilitação estabelecido (diariamente);</li> <li>- Referenciada a 11 de Outubro de 2012 para a RNCCI;</li> <li>-Equilíbrio estático sentada ausente. É totalmente dependente nas transferências, com necessidade de se recorrer a equipamento adaptativo para o efeito - elevador.</li> </ul>
--	--	--	--

		tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da doente.	
<p><b>Alteração do auto cuidado relacionada com a tetraparésia, consequente do tumor cerebral manifestado por dependência funcional total a nível:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Higiene;</b></li> <li>➤ <b>Vestir/despir;</b></li> <li>➤ <b>Calçar-se;</b></li> <li>➤ <b>Uso dos sanitários.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover higiene, conforto e sensação de bem estar á doente;</li> <li>- Estimular a doente na realização das actividades de vida diária.</li> </ul>	<p>A doente nesta fase não consegue colaborar na realização das actividades, pelo que:</p> <p><b>Higiene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar os cuidados de higiene e conforto diários, na cama ou maca banheira;</li> <li>- Nomear todas as partes do corpo da doente tocadas e identificar o respectivo plano sagital ( dto/esq);</li> <li>- Proporcionar a possibilidade da D<sup>a</sup>. T. se ver ao espelho;</li> <li>- Ter particular atenção à higiene oral, unhas, cabelos e pele;</li> <li>- Executar exercícios terapêuticos (rolamento) – que o banho na cama/ maca banheira, permite fazer;</li> <li>- Realizar massagem de conforto e alívio de pressão e estimulação sensorial;</li> </ul> <p><b>Vestir/despir e calçar-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir colaboração à D<sup>a</sup>. T para a escolha diária da roupa a vestir;</li> <li>- Calçar meias de contenção após os cuidados de higiene e antes do levantar;</li> <li>- Vestir a doente diariamente com a sua roupa após os cuidados de higiene, evitando a roupa hospitalar;</li> <li>- Utilizar vestuário prático e adaptado à temperatura ambiente;</li> <li>- Utilizar calçado tipo ténis (um a</li> </ul>	<p><b>Durante o internamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestados cuidados de higiene no leito diariamente e sempre que se justifique, sem qualquer colaboração por parte da doente;</li> <li>- Apresenta integridade cutânea;</li> <li>- Dia 09 e 15 de Outubro, a doente foi levada ao duche em maca banheira, tendo a doente apreciado.</li> <li>- Realizada trança diária lateralizada à direita, para minimizar o impacto visual, da lesão que a D<sup>a</sup>. T. apresenta na região temporoparietal (alterações morfológicas como consequência das sessões de RT);</li> <li>- Hidratados lábios com vaselina diariamente e sempre que necessário;</li> <li>- Mantidas unhas dos pés e das mãos curtas e sem encravamento, para evitar lesões;</li> <li>- A doente mantém-se totalmente dependente nas actividades de vida diária;</li> <li>- As meias elásticas são retiradas no final do turno da noite, e voltam a ser calçadas após os cuidados de higiene;</li> <li>- Não foi possível realizar intervenção educacional ao familiar</li> </ul>

		<p>dois números acima do habitual), para facilitar o treino de carga quando sentada na CR.</p> <p><b>Uso dos sanitários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a integridade da pele;</li> <li>- Trocar sempre que necessário o material de protecção – fralda.</li> <li>- Recorrer á palpação da região supra púbica para despiste de globo vesical;</li> <li>- Utilizar o ecógrafo vesical para perceber se existe volume residual pós miccional.;</li> <li>- Vigiar o abdómen;</li> <li>- Avaliar as caraterísticas e quantidade das fezes e da urina eliminadas.</li> </ul> <p><b>Durante as intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar, durante a prestação de cuidados, clara e repetidamente se necessário, todos os objectos utilizados e as respectivas funções (falar de frente para a D<sup>a</sup>. T.) para melhorar a sua compreensão e integrá-la nos cuidados prestados;</li> <li>- Proporcionar momentos educativos à família no sentido de instruir e treinar estas actividades para facilitar a sua reinserção no seu domicílio.</li> </ul>	<p>cuidador, relativa às actividades de vida diária por falta de disponibilidade do mesmo.</p>
<p><b>Alteração da sensibilidade superficial relacionada com o tumor cerebral, manifestada por anestesia tátil, térmica (água quente e fria) e dolorosa.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a sensibilidade superficial e proprioceptiva;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os objectivos do programa de reabilitação à D<sup>a</sup>. T. e a forma como pode colaborar nos mesmos;</li> <li>- Monitorizar a sensibilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A D<sup>a</sup>. T. apresenta limitação da articulação do cotovelo esquerdo (20º),</li> <li>- Faz levante para a CR de espaldar alto diariamente;</li> </ul>

		<p>superficial diariamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a doente a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a promover o engrama motor e a estimular a propriocepção do esquema corporal no padrão mental;</li> <li>- Executar o programa de exercícios preconizados para a D<sup>a</sup>. T. através de movimentos passivos e activos assistidos, para manutenção da amplitude e mobilidade articular, estimular a sensibilidade superficial e aumentar a força muscular;</li> <li>- Fazer levantar para a CR de espaldar alto, diariamente, com recurso a auxiliar adaptativo para a transferência – elevador;</li> <li>- Executar massagem de conforto e estimulação sensorial após a higiene e sempre que é realizada a alternância de decúbitos;</li> <li>- Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</li> <li>- Envolver o marido e a mãe da D<sup>a</sup>. T. na continuidade do programa de estimulação sensorial dos membros superiores e inferiores;</li> <li>- Promover a higiene na maca banheira sempre que possível;</li> <li>- Posicionar nos vários decúbitos, contrariando o padrão espástico (tendo em conta a espasticidade do MSE);</li> <li>- Ensinar, treinar e encorajar a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante as mobilizações não parece ter dor, de acordo com a escala de dor do observador;</li> <li>- Necessita de ajuda total para realizar os rolamentos;</li> <li>- A D<sup>a</sup>. T. apresenta abolição da sensibilidade superficial;</li> <li>- Dias 09 e 15 de Outubro, a doente foi ao duche na maca banheira;</li> <li>- Aquando da prestação de cuidados às unhas dos pés (1<sup>o</sup> dedo de ambos pés encontravam-se encravadas), a doente apresentou um movimento de fuga á dor.</li> </ul>
--	--	--	---

		<p>realização de exercício terapêuticos, com ajuda total:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rolamento para ambos os lados (Identificar sempre o lado para onde a doente vai rolar)</li> <li>➤ estimular a sensibilidade superficial e postural (a carga previne a instalação da espasticidade)</li> </ul>	
<p><b>Alteração do equilíbrio postural (ausente), relacionado tumor cerebral manifestado por tetraparésia</b></p>	<p>- Melhorar/readquirir o equilíbrio postural estático da doente quando sentada, de uma forma gradativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar previamente o procedimento à D<sup>a</sup>. T.;</li> <li>- Calçar meias de contenção após os cuidados de higiene e antes do levantar;</li> <li>- Elevar a cabeceira da cama para melhorar a verticalidade e o sentido da distância, profundidade e do meio envolvente, uma vez que são alterados pela inatividade e imobilidade no leito;</li> <li>- Colocar almofada de gel na CR, almofadas e superfície de trabalho para prevenir zonas de pressão;</li> <li>- Fazer levantar para a CR de espaldar alto, diariamente, com recurso ao elevador numa primeira fase; posteriormente com apoio de duas pessoas;</li> <li>- Avaliar sinais vitais, para despiste de alterações hemodinâmicas e elétricas decorrentes do levantar;</li> <li>- Vigiar o posicionamento dos pés (devido à ausência de sensibilidade).</li> <li>- Utilizar calçado tipo ténis (um a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As meias elásticas são retiradas no final do turno da noite, e voltam a ser calçadas após os cuidados de higiene;</li> <li>- Sentada, o equilíbrio está ausente;</li> <li>- A D<sup>a</sup>. T. é totalmente dependente na transferência para a CR, pelo que se recorre a equipamento adaptativo para o efeito- elevador.</li> </ul>

		<p>dois números acima do habitual), para facilitar o treino de carga quando sentada na CR e evitar zonas de pressão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa;</li> <li>- Proceder aos registos de actividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da doente.</li> <li>- Executar técnicas de transferência com ajuda total;</li> </ul>	
<p><b>Risco de ventilação ineficaz relacionado com, reflexo de tosse ineficaz e presença de SB em moderada quantidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter permeabilidade das vias aéreas da doente;</li> <li>- Que á auscultação pulmonar não sejam audíveis ruídos adventícios – roncos;</li> <li>- Melhorar a amplitude torácica;</li> <li>- Restabelecer um padrão respiratório eficaz;</li> <li>- Prevenir complicações respiratórias;</li> <li>- Promover a expansão pulmonar.</li> <li>- Manter o conforto.</li> <li>- Prevenir infecções respiratórias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultar o raio x de tórax;</li> <li>- Proceder à explicação de todos os procedimentos que se irão realizar e pedir à D<sup>a</sup>. T. que colabore sempre que possível;</li> <li>- Monitorizar FR;</li> <li>- Monitorizar saturação periférica de oxigénio (SPO2), antes e depois da cinesiterapia respiratória;</li> <li>- Observar as características do tórax, com especial atenção à existência de assimetrias;</li> <li>- Auscultar pulmonar (AP) antes de se iniciarem manobras para mobilização das secreções, e depois do procedimento;</li> <li>- Identificar segmentos / lobos pulmonares a serem drenados;</li> <li>- Vigiar as características da respiração;</li> <li>- Despistar sinais de cansaço ou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante o internamento da doente não foi possível analisar Rx de tórax, uma vez que o último tinha sido realizado em Agosto;</li> <li>- 04 e 09 de Outubro de 2012 – À AP, antes da cinesiterapia; MV a auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído no lobo médio e língula, bem como nas bases pulmonares, com ruídos adventícios, roncos dispersos bilateralmente. Após cinesiterapia, era visível a melhoria ventilatória a nível pulmonar, através do MV mantido e ruídos adventícios normais. De facto espantoso os resultados imediatos produzidos pelas técnicas efectuadas.</li> <li>- 10 de Outubro 2012 – AP antes da cinesiterapia respiratória – Murmúrio vesicular (MV) diminuídos nas bases pulmonares e ruídos</li> </ul>



		<p>dificuldade respiratória;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar actividades para a mobilização das secreções (drenagem postural modificada, com manobras acessórias - vibrações, percussões e compressões torácicas, exercícios de abertura costal selectiva direita e esquerda), quando se ouvem ruidos adventícios</li> <li>- Aspirar secreções intra cânula de traqueostomia sempre que necessário;</li> <li>- Avaliar o reflexo de tosse;</li> <li>- Estimular o reflexo de tosse quando aspirada intra cânula de TQT;</li> <li>- Realizar toilette brônquica com insuflador manual;</li> <li>- Fluidificar as SB com soro fisiológico intra cânula de traqueostomia quando as SB são espessas;</li> <li>- Optimizar a oxigenoterapia;</li> <li>- Gerir a oxigenoterapia;</li> <li>- Observar as características das secreções e quantidade;</li> <li>- Repetir manobras para mobilização das secreções se necessário;</li> <li>- Proporcionar posição de relaxamento;</li> <li>- Efectuar ensinios sobre a consciencialização e dissociação respiratórias;</li> <li>- Reforçar a hidratação através da</li> </ul>	<p>adventícios – roncos no lobo médio e inferior do pulmão direito. Sendo mais evidente no hemitórax direito. MV mantido nos lobos superiores, e no lobo médio e língula, contudo com ruidos adventícios - roncos dispersos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Após a realização da drenagem postural modificada com recurso às manobras acessórias e abertura costal selectiva, a D<sup>a</sup>. T. á AP, o MV encontrava-se mantido sem ruidos adventícios.</li> <li>- Reflexo de tosse presente, ineficaz. Com necessidade de ser aspirada pela TQT várias vezes ao longo dos turnos.</li> <li>- Ainda no dia 10/10, foi instruída ensinada á doente a técnica de dissociação respiratória, quando a cânula de traqueostomia se encontrava clampada, de forma a promover o desmame da TQT e uma respiração o mais fisiológica possível. A doente esboçou discreto movimento labial, compatível com um dos momentos da expiração.</li> <li>- Durante o resto do internamento a doente foi submetida, diariamente, e a cinesiterapia respiratória, após avaliação pulmonar/ventilatória. As manobras foram dirigidas á avaliação efectuada no momento com resultados positivos imediatos.</li> <li>- Clampada a cânula de TQT diariamente para desmame da</li> </ul>
--	--	---	--

		<p>PEG;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ensinios ao familiar cuidador dada a previsibilidade da alta clínica;</li> </ul>	<p>mesma, com boa tolerância por parte da doente. O máximo de tempo conseguido foi de 8 horas, sem sinais de dificuldade respiratória. Durante este período era incentivada a doente a executar a técnica da consciencialização respiratória e da dissociação dos tempos respiratórios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ainda durante o internamento foram aspiradas as SB intra cânula de TQT. Estas sempre se revelaram inocentes, sem características sugestivas de infecção respiratória.</li> <li>- O padrão respiratório da doente manteve-se sem alterações até ao dia 17 de Outubro. Habitualmente apresentava, respiração toraco-abdominal, eupneica, as saturações periféricas de O<sub>2</sub> = ou » a 97%, respiração superficial.</li> <li>- 10 de Outubro efectuados ensinios ao marido da D<sup>a</sup>. T. relativamente á técnica de aspiração de SB, dada a eventualidade da alta clínica. Mostrou-se interessado e colaborante em todo o processo de ensino-aprendizagem.</li> <li>- Validados ensinios dias 11 e 15 de Outubro com o marido, que executou a técnica na perfeição e com segurança.</li> </ul>
Risco de úlcera de pressão relacionado com a imobilidade no leito	- Manter a integridade cutânea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter a pele e mucosas limpas e hidratadas</li> <li>- Efectuar alternância de decúbitos de acordo com as necessidades e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante o internamento a D<sup>a</sup>. T. foi transferida da cama para a CR de espaldar alto, diariamente;</li> <li>- Colocada diariamente, almofada</li> </ul>

		<p>características da doente;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Utilizar dispositivos auxiliares de alívio de pressão (almofadas, colchão pressão alternada);</li><li>- Manter os dispositivos de protecção, fralda, limpos e secos;</li><li>- Massajar e hidratar a pele com creme hidratante e/ou regenerador em áreas de risco (proeminências ósseas, pavilhões auriculares);</li><li>- Providenciar equipamento adaptativo para as transferências realizadas;</li><li>- Garantir ingestão hídrica/nutricional adequada;</li><li>- Registar alterações cutâneas;</li><li>- Promover o levante da doente.</li></ul>	<p>de gel na CR, almofadas e superfície de trabalho para prevenir zonas de pressão</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Integridade da pele mantida;</li><li>- Aporte nutricional diário de 1500 ml de fresubin, com tolerância por parte da doente. Não fazia reforço proteico;</li><li>- Garantido reforço hídrico através da PEG.</li></ul>
--	--	---	---

Dia 18 de Outubro de 2012, quando entro no serviço constato que a cama da doente estava vazia, julgando eu, a mesma ter tido alta...no turno da tarde do dia anterior, cerca das 21h50 a doente teve um episódio de taquicardia sinusal e hipertensão arterial, com progressiva deterioração do seu estado neurológico – score 3 na escala de comas de Glasgow, pupilas midriáticas e não reactivas á luz e bradipneia. Às 22h04m a D<sup>a</sup>. TSSM fez paragem cardio-respiratória, tendo falecido... Encravamento do tronco cerebral no buraco occipital por edema cerebral?, Aumento do tumor? ...faltam-me as palavras para demonstrar os meus sentimentos...

Apêndice V a) - Apêndice II - Plano de cuidados  
especializados de reabilitação para a doente M. C. F. F.

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Ensino Clínico**

Promoção da mobilidade

Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores  
da pessoa com AVC, como suporte para a alta

**Elaborado por:**

**Carmen Borralho – aluna n.º 3944**

**Orientadora:**

**Docente Vanda Marques Pinto**

Lisboa

Outubro, 2012

## **AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO**

**Motivo de internamento da doente no serviço de neurocirurgia do Hospital [REDACTED], segundo o processo clínico, SAM (Sistema de Apoio Médico) e SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).**

### **Ensino Clínico – período temporal de 04 a 26 de Outubro de 2012**

A D.<sup>a</sup> M.C.F.F. é uma doente de 78 anos de idade, casada. Vive com o seu marido e tem dois filhos. Em Junho de 2009 desenvolveu um quadro de cefaleias e alterações disfásicas. Na altura realizou exames complementares de diagnóstico (ECD); tomografia axial computadorizada, crânio-encefálica (TAC –CE) e ressonância magnética crânio-encefálica (RMN-CE), que revelaram um meningioma frontal. Desde então, tem sido seguida no Hospital [REDACTED] em consulta de cefaleia (Neurologia).

Em Julho do presente ano realizou nova TAC-CE de controlo, que documentou um aumento significativo da lesão cerebral, pelo que foi internada no dia 09/10/2012 no serviço de neurocirurgia do [REDACTED] para realização de RMN CE e cirurgia electiva.

Tem como antecedentes pessoais, asma brônquica, polipose nasal, hipertensão arterial (HTA), enxaqueca com aura (visual), alterações disfásicas, distúrbio da ansiedade, doença cérebro vascular aterosclerótica, cirurgia a catarata do olho direito há 10 anos, desconhecendo alergias.

Medicada no domicílio com Bromazepam 3 mg, 1 cp ao deitar , captopril 25 mg, 1 cp ao pequeno almoço, paroxetina 20 mg ,1 cp ao pequeno almoço, pulmicort nasal 64 mcg, 2 gotas em cada narina 2x/dia, co-diovan 20/12,5 mg, 1 cp em jejum, inderal 40 mg, 1 cp ao pequeno almoço e jantar, topiramato 25 mg 1 cp ao deitar, pantoprazol 40 mg, 1 cp em jejum, medrol 4 mg 3x dia, que manteve durante o internamento.



A RMN CE de 09/10/2012 evidenciou lesão expansiva ocupante de espaço (LOE) na vala-silvica condicionando efeito de massa sob o III ventrículo.

À entrada com score 15 na escala de comas de Glasgow, sem défices motores, cumpria as ordens simples e complexas que lhe eram solicitadas. Sem alterações na linguagem, comportamental e cognitiva, e sem evidência de alterações ao nível dos pares craneanos.

Aplicou-se a escala de Lower para a avaliação da força muscular. Apresentava força de grau 5/5 nos quatro membros.

Sem alterações do tônus muscular nos membros superiores e inferiores.

No que diz respeito à avaliação da sensibilidade, superficial (dolorosa, térmica e tátil) e profunda (vibratória e postural) não se identificou nenhuma alteração.

Sem alterações nas provas de coordenação motora.

Apresentava equilíbrio estático e dinâmico, tanto sentada como em pé.

Sem dificuldade na marcha.

De forma a complementar a avaliação efectuada, há a referir que a D.<sup>a</sup> M.C. à entrada totaliza um valor de 20 na escala de Braden – baixo risco de desenvolver úlceras de pressão; 0 na escala visual analógica da dor, um total de 35 na escala de morse – moderado risco de queda.

No dia 10 de Outubro de 2012 foi submetida a craniotomia fronto –parietal direita com abertura dural em redor da lesão intra-axial. Há relato de uma hemorragia abundante da artéria meníngea média, imediatamente após a craniotomia, que entretanto foi controlada.

Intra operatoriamente, observou-se um cérebro muito tenso. Foi efectuada a remoção total da lesão, que apresentava aspecto rosado. Foi colocado hemodreno e realizado encerramento com agrafes na pele.

Após a cirurgia é transferida para a unidade de cuidados intermédios (UCIntermédios) com score 15 e sem défices motores, havendo referência, nas horas seguintes à cirurgia, a perdas hemáticas pelo dreno, contabilizadas em 700 ml (valor de hemoglobina de 8,6 mg/dl).

Ainda na UCIntermédios (dia 11 de Outubro) apresentou uma auscultação pulmonar compatível com atelectasia bilateral (e confirmada por RX de tórax), tendo sido submetida a programa de enfermagem de reabilitação, havendo reversão do quadro após a sua implementação.

Desde a cirurgia que se registou um perfil hipotensivo, com PVC's de -2 cmH<sub>2</sub>O, uma acentuada palidez cutânea e das mucosas, com necessidade de administração de fluidoterapia para correcção tensional.

No dia 12 de Outubro a D.<sup>a</sup> M.C. é transferida para a enfermaria, ficando a ocupar a cama número 8.

A 13 de Outubro a doente apresenta score 14 por desorientação auto e alopsíquica, sem défices motores, associado a um quadro de náuseas, vómitos, e alguma instabilidade eléctrica - taquicardia com inversão da onda T. O Rx tórax era compatível com presença de secreções brônquicas dispersas pelos campos pulmonares. O reflexo de tosse apresentava-se eficaz, deglutindo a doente as secreções. Foi feita correcção iónica, potássio e sódio, endovenoso. A hemoglobina mantinha valor de 8,6 mg/dl.

Nos dias 13 e 14 de Outubro, a doente estabilizou em termos hemodinâmicos e eléctricos, com boas saturações periféricas capilares (» a 96%), embora houvesse registo de dessaturações (90%) com difícil reversão, mesmo após a optimização da oxigenoterapia. Neurologicamente com score 15 e manteve-se sem défices motores, tendo iniciado levante progressivo (posição de semi fowler ainda no cama). Apresentava astenia generalizada. Mantinha aporte de O<sub>2</sub> a um débito de 1,5l/min através de máscara facial.

Eram visíveis, diariamente, os resultados ventilatórios obtidos pela D.<sup>a</sup> M.C. imediatamente após a realização do programa de enfermagem de reabilitação efectuado pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço.

No dia 15 de Outubro esta doente foi-me atribuída, com o propósito de lhe prestar cuidados de enfermagem de reabilitação após avaliação e realização de um plano de enfermagem no âmbito da reabilitação. Assim, a partir deste dia, e durante o meu período de ensino clínico, foram prestados cuidados à D.<sup>a</sup> M.C. tendo em conta as necessidades diárias identificadas.

Mantinha-se estável do ponto de vista hemodinâmico e eléctrico. A nível respiratório constatou-se que havia um compromisso da doente para desenvolver estase de secreções e consequentes atelectasias. O reflexo de tosse estava presente, mas ineficaz, dado a doente não conseguir expelir e/ou deglutir as secreções.

Palidez da pele e mucosas, mantidas.

Um pouco deprimida por ainda se encontrar a cama desde o dia em que foi submetida a cirurgia. Neste dia foi realizado o primeiro levante. Valor de hemoglobina de 9,7 mg/dl.

Relativamente á força muscular, foi utilizada a escala de força de Lower, tendo sido avaliada em grau 4/5, devido a á astenia apresentada pela doente.

Auscultação pulmonar (AP) realizada antes da cinesiterapia respiratória com drenagem postural modificada (com o objectivo de não aumentar a pressão intracranéana): Murmúrio vesicular diminuído em ambos os pulmões, mais evidente á esquerda, com ruídos adventícios, sibilos e roncos no lobo médio direito e língula e roncos nos lobos inferiores. Pela ineficácia do reflexo de tosse, houve necessidade de aspirar a D.<sup>a</sup> M.C., pelo tubo nasofaríngeo.

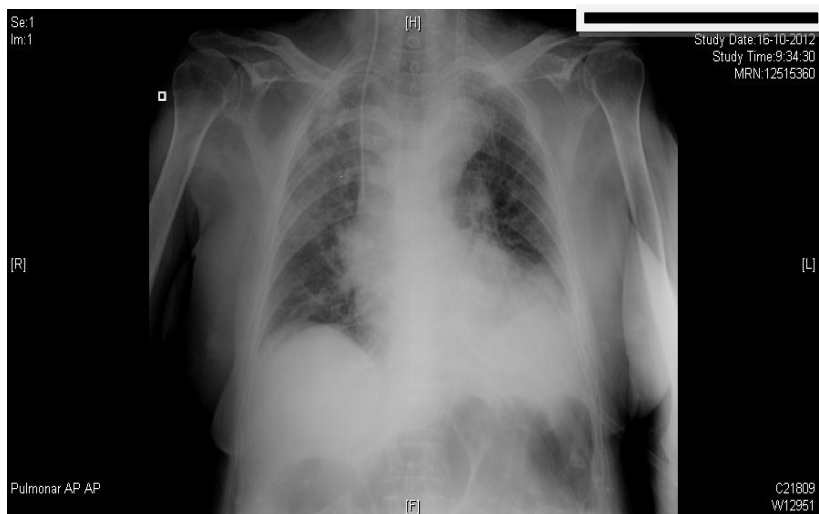
Na noite do dia 16 de Outubro a D<sup>a</sup>. M.C. piorou o seu estado clínico. Apresentava se sonolenta, prostrada, não reagia à estimulação verbal nem tátil, apenas abria os olhos após estimulação dolorosa, sem outros défices aparentes. Não cumpria ordens simples. Palidez cutânea e das mucosas mantidas. Diurese mantida. Por apresentar este quadro foi novamente transferida para a UC Intermédios, por necessitar de vigilância e monitorização contínua devido a suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP). Realizou neste dia ECD:

Realizou TAC – CE que não revelou complicações cirúrgicas.

O Rx de tórax (figura 1) mostrava uma imagem de infiltrado bilateral com maior opacidade da base esquerda e aparente atelectasia.

Não foi realizado levante, no entanto, manteve programa de enfermagem de reabilitação, adaptado à condição clínica da doente; fluidificação de SB através de nebulizador ultrassónico durante um período de 30 minutos, seguido do ciclo activo das técnicas respiratórias (CATR) e aspiração de secreções. O reflexo de tosse mantinha-se pouco eficaz, apesar da doente conseguir mobilizar algumas secreções, (trazê-las á orofaringe e degluti-las).

**Figura 1** – RX tórax de dia 16/10/2012 às 09:34h, antes da cinesiterapia respiratória.



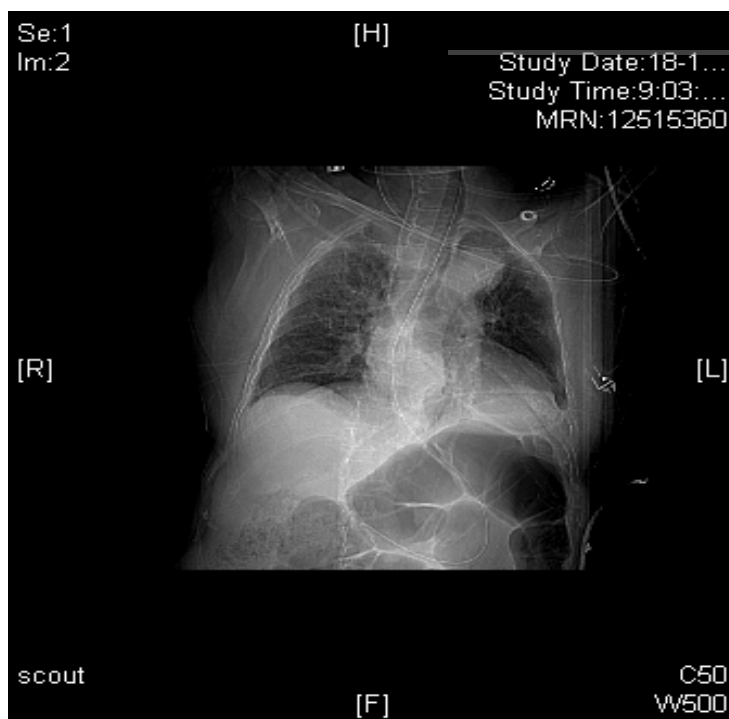
Dia 17 de Outubro de 2012, a D<sup>a</sup>. M.C. manteve-se sonolenta no início do turno, mas mais desperta á estimulação táctil e verbal, comparativamente com o dia anterior, sem défices motores. Mantido o programa de enfermagem de reabilitação, que não incluiu o levantar da doente para o cadeirão, dada a suspeita de TEP. Aguarda realização de TAC Torácica (TX). A AP antes da implementação do programa de enfermagem de reabilitação revelava: MV diminuído em todos os campos pulmonares de ambos os pulmões, com ruídos adventícios – roncos dispersos e sibilos nos lobos superiores, lobo médio direito e língula aquando dos dois tempos respiratórios.

Dia 18 de Outubro de 2012, realizou TAC TX (figura 2), que excluiu a evidência de TEP. Revelou expressão atelectásica subsegmentar envolvendo o segmento anterior e externo da pirâmide basal esquerda. Observa-se algum espessamento dos septos

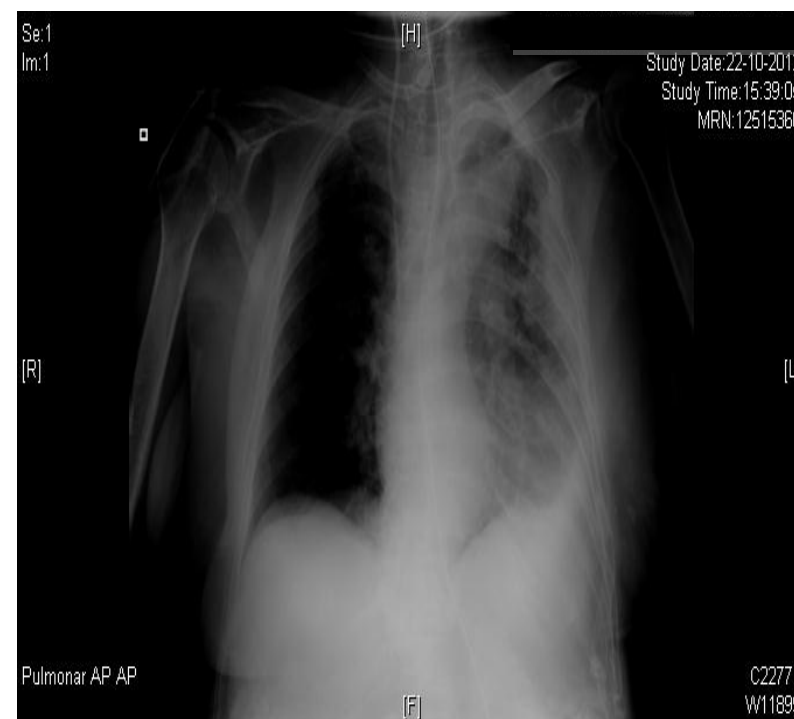
interlobares com vidro despolido envolvendo ambos os lobos superiores que em parte poderão estar em relação, com alterações de edema do interstício. Calcificações aorto-coronárias notadas. Observam-se algumas imagens nodulares hipodensas de reduzida dimensão dispersas pela área hepática que poderão estar em relação com pequenos quistos.

Realizou programa de enfermagem de reabilitação (onde se incluiu o levante) com cinesiterapia respiratória, associada a manobras acessórias.

**Figura 2 – TAC tórax de dia 18/10/2012 às 09:03h**



**Figura 3 - RX tórax de dia 22/10/2012 às 15:39h**





No dia 20 de Outubro a doente regressa á enfermaria, por estabilidade respiratória. Doente muito colaborante, bem-disposta, com score 15 e sem défices motores. Mantém perfil tendencialmente hipotensivo.

A 22 de Outubro realiza novamente RX de tórax (figura 3) de controlo que revela melhoria comparativamente a 16/10/2012, com o hemotórax direito permeável, sem condensações e o esquerdo ainda com condensação predominantemente na base esquerda. Valores analíticos de hemoglobina – 9,2 mg/dl.

No dia 24 de Outubro, a AP evidenciava MV ligeiramente diminuído á esquerda, com ruídos adventícios - roncos dispersos e síbilos. MV mantido á direita, sem ruídos adventícios.

No dia 25 de Outubro, a AP era compatível com discreta diminuição em ambas as bases pulmonares com roncos dispersos. Síbilos audíveis no lobo médio direito e língula. Aguardava realização de RX tórax. Neste dia, o reflexo de tosse era eficaz, e a doente conseguia não só deglutir as SB, como também expeli-las.

Durante o internamento da doente observou-se a reversão das atelectasias, com a utilização de técnicas de cinesiterapia respiratória, não passíveis de serem demonstradas radiologicamente devido á ausência de imagens radiológicas após a realização das técnicas de cinesiterapia respiratória aplicadas.

Ao longo do internamento a D.<sup>a</sup> M.C. era visitada diariamente pela sua filha no final dos turnos da tarde. Tal facto acontecia não só porque a senhora trabalhava até ás 18h, mas também para poder trazer o jantar á sua mãe. Aparentemente tinham uma relação saudável, visível pela demonstração de afectos e carinhos trocados entre ambas. Era também esta filha que dava apoio ao pai durante o período de internamento da sua mãe. Aos fins-de-semana era visitada, para além da filha, também pelo filho e marido e pela sua irmã mais nova.

As intervenções de reabilitação realizadas encontram-se detalhadamente descritas no seguinte plano de cuidados.

Problemas identificados	Objectivos	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados / Avaliação
<p>Ansiedade e <i>Coping</i> ineficaz relacionada com os supostos efeitos da imobilidade no leito (como consequência da sua instabilidade eléctrica e hemodinâmica no pós operatório) manifestado por verbalização por parte da D.<sup>a</sup> M.C.:  <i>“O que vai ser da minha vida se não tiver força para sair da cama”,  “não quero ficar dependente de ninguém Sr.<sup>a</sup> Enfermeira”.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir o quadro de ansiedade da D.<sup>a</sup> M.C.</li> <li>- Promover o desenvolvimento de comportamentos de Coping, para que a D.<sup>a</sup> M.C. consiga participar nas intervenções de enfermagem e consciencializar-se que a sua imobilidade é transitória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar oportunidades para que a D.<sup>a</sup> M.C. expresse os seus sentimentos e preocupações.</li> <li>- Manter um ambiente calmo, relaxado.</li> <li>- Informar a doente sobre a sua situação, dentro dos limites da minha competência, encaminhando para outros profissionais se necessário.</li> <li>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e respiratório, e prévia explicação de como vai decorrer;</li> <li>- Integrar a D.<sup>a</sup> M.C. no plano terapêutico;</li> <li>- Demonstrar disponibilidade e utilizar escuta activa.</li> <li>- Reforçar o poder e a esperança da doente (assegurando a sua importância como pessoa, enfatizando as suas forças e elogiar todos os seus progressos).</li> <li>- Promover o humor saudável.</li> <li>- Encorajar a doente a participar nas actividades terapêuticas.</li> <li>- Incentivar a utilização dos seus artigos habituais de higiene pessoal e vestuário.</li> <li>- Sugerir que aquando da visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No dia 15/10 a D.<sup>a</sup> M.C. expressou as suas preocupações relativamente à evolução da sua situação clínica e futura capacidade de realizar as suas actividades domésticas.</li> <li>- Revelou alteração da sua percepção em relação à sua situação clínica, mais optimista, no dia 17/10, após o levante para o cadeirão, ainda que na UCIntermédios.</li> <li>- Durante o internamento mostrou-se participativa em todas as actividades terapêuticas solicitadas.</li> <li>- Aquando do período de visitas, demonstrou ter um bom suporte emocional.</li> <li>- A partir do dia 18/10, a D.<sup>a</sup> M.C. mostrou-se muito bem-disposta, brincalhona e sempre com um tom jocoso (uma das características das lesões do hemisfério direito)</li> </ul>

		da filha, a D. <sup>a</sup> M.C. permaneça mais tempo no cadeirão (assim que puder fazer levantar).	
<b>Alteração da mobilidade relacionada instabilidade eléctrica e hemodinâmica e astenia manifestada por imobilidade no leito.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservar e recuperar a amplitude dos movimentos;</li> <li>- Recuperar o equilíbrio dinâmico e estático sentada e em pé;</li> <li>- Recuperar a força muscular;</li> <li>- Minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade.</li> <li>- Instruir a doente a realizar as intervenções de uma forma segura;</li> <li>- Prevenir complicações resultantes da imobilidade durante o período em que a D.<sup>a</sup> M.C. está no leito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o tônus muscular;</li> <li>- Avaliar a força muscular através da escala de Lower;</li> <li>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação de como vai decorrer;</li> <li>- Proporcionar privacidade (isolamento da cama com as cortinas totalmente fechadas);</li> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Realizar 1 vez por dia mobilizações passivas da cabeça-pescoço e ao nível do segmento da escápulo umeral (elevação / depressão; adução / abdução; rotação interna e externa), e mobilizações activas assistidas e activas resistidas de todos os segmentos articulares, dos membros inferiores e membros superiores respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal da doente;</li> <li>- Estimular a doente a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a readquirir o esquema corporal e explicar a sua importância;</li> <li>- Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a D.<sup>a</sup> M.C. recupere progressivamente a sua força muscular; e que seja preservada a amplitude dos seus movimentos;</li> <li>- Que a D.<sup>a</sup> M.C. readquira o equilíbrio estático e dinâmico, sentada e de pé.</li> </ul> <p><b>Durante o internamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentimento da doente nos exercícios propostos.</li> <li>- A doente é posicionada com alternância de decúbitos;</li> <li>- Realizadas mobilizações preconizadas, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal da doente;</li> <li>- Os exercícios musculares foram realizados previamente à realização da cinesiterapia respiratória, para promover a mobilização de secreções brônquicas.</li> <li>- Ao longo do internamento, a doente manteve-se atenta aos exercícios realizados;</li> <li>- Tem sido preservada a amplitude articular dos 4 membros;</li> <li>- Levante no dia 15/10 e diário, duas vezes ao dia, a partir do dia 18/10 para o cadeirão com prévia</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar o cadeirão, com recurso à utilização da almofada de gel na CR para prevenção de zonas de pressão.</li><li>- Efectuar o levante para o cadeirão com prévia aplicação de meias de contenção;</li><li>- Avaliar sinais vitais, para despiste de alterações hemodinâmicas e eléctricas decorrentes do levante;</li><li>- Realizar os posicionamentos com alternância de decúbitos de forma a manter a integridade cutânea e promover conforto á doente, dando ênfase aos posicionamentos que favoreçam a expansão pulmonar do hemitórax onde foi detectada a atelectasia e/ou diminuição do MV (decúbito semi-dorsal e lateral direito);</li><li>- Orientar os colegas para o favorecimento dos posicionamentos suprar referidos;</li><li>- Realizar actividades terapêuticas, tais como: a automobilização, a ponte, rolamento na cama para ambos os lados e carga no cotovelo;</li><li>- Treinar o equilíbrio postural estático e dinâmico com a doente sentada e em pé;</li><li>- Ensinar a realização de exercícios de contracções isométricas dos glúteos e membros inferiores;</li><li>- Iniciar treino de marcha quando possível;</li></ul>	<p>colocação de meias de contenção nos membros inferiores, com boa tolerância por parte da doente e por períodos de tempo cada vez maiores (máximo de tempo de tolerância conseguido, 4 horas);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-A transferência da cama para o cadeirão e vise-versa é realizada com a participação da D.ª M.C.;</li><li>- Colocada almofada de gel no cadeirão, almofadas e superfície de trabalho manter o alinhamento corporal e facilitar aquando da ingestão das refeições;</li></ul> <p>-Reavaliação da motricidade (com alterações a partir do dia 22/10/2012): força de grau 5/5 ao nível dos MI'S e MS'S, embora com alguma astenia mantida;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tem sido dada continuidade ao plano de enfermagem de reabilitação estabelecido, embora com algumas alterações diárias, consoante a avaliação das necessidades e intercorrências que têm surgido durante o internamento;</li><li>- Verificou-se uma melhoria significativa do equilíbrio estático e dinâmico, sentada e de pé.</li></ul> <p>No dia 24/10 apresenta bom equilíbrio postural estático e dinâmico, sentada. Necessita ainda de algum apoio para se manter em pé;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Até ao término do ensino clínico</li></ul>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar calçado apropriado para facilitar o treino de carga quando sentada no cadeirão;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa;</li> <li>- Observar diariamente os valores analíticos da doente;</li> <li>- Avaliar a astenia apresentada pela doente;</li> <li>- Proceder aos registos de actividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da doente.</li> </ul>	<p>não foi possível realizar treino de marcha;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 24/10 - É parcialmente dependente nas transferências, com necessidade de apoio de uma pessoa (de referir que mantém soroterapia por cateter terapêutico central de triplo lúmen na veia jugular interna direita e algália para monitorização de balanço hídrico.)</li> <li>- 24/10 - Realiza as actividades terapêuticas quando deitada na cama e sem ser necessário relembrá-las.</li> </ul>
<p><b>Alteração do auto cuidado relacionada com a imobilidade no leito, consequente da sua instabilidade eléctrica, hemodinâmica e respiratória manifestado por dependência funcional parcial a nível:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Higiene;</li> <li>➤ Vestir/despir;</li> <li>➤ Calçar-se;</li> <li>➤ Uso dos sanitários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover higiene, conforto e sensação de bem-estar á doente;</li> <li>- Promover a recuperação da autonomia da D.<sup>a</sup> M.C., nas AVD;</li> <li>- Diminuir o grau de ansiedade da D.<sup>a</sup> M.C. relativa á sua imobilidade no leito.</li> </ul>	<p><b>Higiene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar privacidade (isolamento da cama com as cortinas totalmente fechadas);</li> <li>- Auxiliar a doente na higiene diária, na cama, incentivando a sua autonomia, e sempre que possível estimular o auto cuidado e a independência.</li> <li>- Proporcionar a possibilidade da D.<sup>a</sup> M.C. se ver ao espelho, caso seja este o seu desejo;</li> <li>- Ter particular atenção à higiene oral, unhas, cabelos e pele;</li> <li>- Executar exercícios terapêuticos (rolamento) – que o banho na cama permite fazer;</li> <li>- Realizar massagem de conforto e alívio de pressão e estimulação sensorial;</li> </ul> <p><b>Vestir/despir e calçar-se:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestados cuidados de higiene no leito diariamente com a colaboração parcial da doente;</li> <li>- Apresenta integridade cutânea, á excepção da sutura operatória craneana;</li> <li>- Mantidas unhas dos pés e das mãos curtas de acordo com as preferências da doente;</li> <li>- A doente mantém-se parcialmente dependente nas actividades de vida diária, higiene, vestir/despir;</li> <li>- As meias elásticas são retiradas no final do turno da noite, e voltam a ser calçadas após os cuidados de higiene;</li> <li>- A doente tem demonstrado satisfação nas conquistas diárias alcançadas.</li> <li>- A doente recusou ver-se ao espelho durante o internamento, com receio da alteração da sua</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular a doente, dentro das suas possibilidades, para o auto cuidado e a independência nesta actividade de vida diária;</li><li>- Pedir colaboração à D<sup>a</sup>. M.C. para a escolha diária da roupa a vestir;</li><li>- Calçar meias de contenção após os cuidados de higiene e antes do levantar;</li><li>- Auxiliar a doente a vestir-se diariamente com a sua roupa após os cuidados de higiene, evitando a roupa hospitalar;</li><li>- Utilizar vestuário prático e adaptado à temperatura ambiente;</li><li>- Utilizar calçado adequado (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) para facilitar o treino de carga aquando das transferências e quando sentada no cadeirão;</li></ul> <p><b>Uso dos sanitários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Promover á doente a aquisição de uma marcha autónoma e segura para poder utilizar a casa de banho;</li><li>- Vigiar a integridade da pele;</li><li>- Trocar sempre que necessário o material de protecção – fralda.</li><li>- Vigiar o abdómen;</li><li>- Incentivar a doente a pedir a arrastadeira quando tiver vontade de evacuar;</li><li>- Avaliar as caraterísticas e quantidade das fezes e da urina eliminadas.</li></ul>	imagem. Foi respeitada a sua vontade.
--	--	---	---------------------------------------



<p><b>Alteração do equilíbrio postural, estático e dinâmico (diminuído), relacionado com imobilidade no leito manifestado por dependência nos posicionamentos e transferências</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar/readquirir o equilíbrio postural estático e dinâmico da doente quando sentada e em pé, de uma forma gradativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar previamente o procedimento à D<sup>a</sup>. M.C.;</li> <li>- Calçar meias de contenção após os cuidados de higiene e antes do levantar;</li> <li>- Elevar a cabeceira da cama para melhorar a verticalidade e o sentido da distância, profundidade e do meio envolvente, uma vez que são alterados pela inactividade e imobilidade no leito;</li> <li>- Realizar actividades terapêuticas na cama, tais como: a automobilização, a ponte, rolamento na cama para ambos os lados e carga no cotovelo;</li> <li>- Treinar o equilíbrio postural estático e dinâmico com a doente sentada e em pé;</li> <li>- Iniciar treino de marcha quando possível;</li> <li>- Colocar almofada de gel no cadeirão, almofadas e superfície de trabalho para prevenir zonas de pressão;</li> <li>- Fazer levantar para o cadeirão, diariamente, quando estiver garantida a estabilidade da doente, com o apoio de duas pessoas, posteriormente de uma pessoa e por fim, supervisionar apenas a transferência da doente;</li> <li>- Avaliar sinais vitais, para despiste de alterações hemodinâmicas e elétricas decorrentes do levantar;</li> <li>- Utilizar calçado adequado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As meias elásticas são retiradas no final do turno da noite, e voltam a ser calçadas após os cuidados de higiene;</li> <li>- Verificou-se uma melhoria significativa do equilíbrio estático e dinâmico sentada e de pé da D.<sup>a</sup> M.C.;</li> <li>- No dia 24/10 apresenta bom equilíbrio postural estático e dinâmico, sentada. Necessita ainda de algum apoio para se manter em pé;</li> <li>- Até ao término do ensino clínico não foi possível realizar treino de marcha;</li> <li>- 24/10 - É parcialmente dependente nas transferências, com necessidade de apoio de uma pessoa (de referir que mantém soroterapia por cateter terapêutico central de triplo lúmen na veia jugular interna direita e algália para monitorização de balanço hídrico.)</li> <li>- 24/10 - Realiza as actividades terapêuticas quando deitada na cama e sem ser necessário relembrá-las.</li> </ul>
--	---	--	---

		<p>(fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) para facilitar o treino de carga aquando das transferências e quando sentada no cadeirão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa;</li> <li>- Executar técnicas de transferência com ajuda parcial;</li> <li>- Proceder aos registos de actividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da doente.</li> </ul>	
<b>Risco de úlcera de pressão relacionado com a imobilidade no leito</b>	- Manter a integridade cutânea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter a pele e mucosas da D.<sup>a</sup> M.C. limpas e hidratadas;</li> <li>- Efectuar alternância de decúbitos de acordo com as necessidades e características da doente;</li> <li>- Utilizar dispositivos auxiliares de alívio de pressão (almofadas, colchão anti-escaras);</li> <li>- Manter os dispositivos de protecção, fralda, limpos e secos;</li> <li>- Massajar e hidratar a pele com creme hidratante e/ou regenerador em áreas de risco (proeminências ósseas);</li> <li>- Garantir ingestão hídrica/nutricional adequada;</li> <li>- Registar alterações cutâneas;</li> <li>- Promover o levante da doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante o internamento a D.<sup>a</sup> M.C. foi transferida da cama para o cadeirão no dia 15/10 e diariamente 2 vezes por dia, a partir do dia 18/10;</li> <li>- Colocada diariamente, almofada de gel no cadeirão, almofadas e superfície de trabalho para prevenir zonas de pressão</li> <li>- Integridade da pele mantida durante o internamento;</li> <li>- A doente tinha prescrito inicialmente, dieta mole, que não ingeria na totalidade por referir anorexia, contudo a partir do dia 20/10 passou a alimentar-se de dieta geral, com melhor apetite. O jantar, trazido pela filha da doente, era a refeição que a doente ingeria na íntegra.</li> <li>- A doente ingeria 1,5l de água por</li> </ul>

			dia, sem ser necessário estimulá-la para tal, um hábito que a doente tinha no domicílio, segundo os seus relatos.
<b>Alteração do padrão ventilatório relacionado com reflexo de tosse ineficaz, presença de SB espessas em grande quantidade e pelos antecedentes asmáticos, manifestado por MV diminuído com ruídos adventícios e atelectasias de repetição.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter permeabilidade das vias aéreas da doente;</li> <li>- Que á auscultação pulmonar não sejam audíveis ruídos adventícios – roncos, síbilos;</li> <li>- Que á auscultação pulmonar o MV esteja mantido.</li> <li>- Melhorar a amplitude torácica;</li> <li>- Restabelecer um padrão respiratório eficaz;</li> <li>- Prevenir complicações respiratórias;</li> <li>- Promover a expansão pulmonar.</li> <li>- Manter o conforto.</li> <li>- Prevenir infecções respiratórias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultar o raio x de tórax diariamente e os valores analíticos da doente;</li> <li>- Proceder à explicação de todos os procedimentos que se irão realizar e pedir à D<sup>a</sup>. M.C. que colabore sempre que possível;</li> <li>- Monitorizar FR e pressão arterial;</li> <li>- Monitorizar saturação periférica de oxigénio (SPO2), antes e depois da cinesiterapia respiratória;</li> <li>- Observar as características do tórax;</li> <li>- Auscultação pulmonar (AP) antes de se iniciarem manobras para mobilização das secreções, e depois do procedimento;</li> <li>- Identificar segmentos / lobos pulmonares a serem drenados;</li> <li>- Vigiar as características da respiração;</li> <li>- Despistar sinais de cansaço ou dificuldade respiratória;</li> <li>- Proporcionar à doente posições de conforto e relaxamento (almofadas debaixo da região popliteia).</li> <li>- Realizar exercícios respiratórios de controlo e consciencialização da respiração, com dissociação dos tempos respiratórios, com particular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em todas as sessões de cinesiterapia respiratória, a doente foi submetida a nebulização prévia com SF, durante 30 minutos, através de nebulizador ultrassónico.</li> <li>- Após a realização da drenagem postural modificada bilateral com recurso às manobras acessórias e abertura costal selectiva direita e esquerda, e global com bastão, a D<sup>a</sup>. M.C. apresentava á AP, o MV encontrava-se normal em ambos os hemitórax.</li> <li>- 15/10 - O reflexo de tosse estava presente, mas ineficaz. Com necessidade de ser aspirada pelo tubo nasofaríngeo, após a cinesiterapia respiratória.</li> <li>- Gradualmente, e á medida que estava garantida a estabilidade clínica da doente, foi notório a eficácia da tosse. A 15/10, o reflexo de tosse estava presente, mas era ineficaz e a 25/10, reflexo de tosse estava presente e era eficaz. A doente conseguia, não só deglutir as SB, como também expeli-las.</li> <li>- Durante o internamento a doente foi submetida, diariamente a cinesiterapia respiratória, após avaliação pulmonar/ventilatória. As manobras foram dirigidas á</li> </ul>

		<p>ênfase na fase expiratória, uma vez que a doente tem antecedentes asmáticos (inspirar pelo nariz e expirar pela boca com os lábios semicerrados);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Executar actividades para a mobilização das secreções (drenagem postural modificada bilateral, com manobras acessórias</li><li>- vibrações, percussões e compressões torácicas, exercícios de abertura costal selectiva direita e esquerda e global com bastão, em sincronia com os ciclos inspiratórios e expiratórios da doente);</li><li>- Lubrificar o tubo nasofaríngeo com lidocaína gel;</li><li>- Pedir a colaboração da doente para a introdução do tubo nasofaríngeo;</li><li>- Aspirar secreções através de tubo nasofaríngeo, sempre que necessário;</li><li>- Fluidificar as secreções com SF através de nebulizador ultrassónico 30 minutos antes da cinesiterapia respiratória;</li><li>- Proceder ao ensino da tosse assistida e dirigida;</li><li>- Avaliar o reflexo de tosse da doente;</li><li>- Oferecer lenços de papel á doente, para esta expelir as secreções;</li><li>- Estimular o reflexo de tosse quando aspiradas as SB;</li></ul>	<p>avaliação efectuada no momento com resultados positivos imediatos. AP após a cinesiterapia revelava MV normal, sem ruídos adventícios em ambos os hemitórax;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- A D.<sup>a</sup> M.C. mostra interesse e revela motivação para aprender e executa a maioria dos exercícios de forma correcta;</li><li>- Habitualmente a doente apresentava, respiração toraco-abdominal, regular, dispneica a esforços (frequência respiratória variava entre os 18 e os 25 ciclos/min), as saturações periféricas de O<sub>2</sub> = ou » a 96%, com períodos de dessaturação coincidentes com a presença de secreções brônquicas e diminuição do MV. Após a cinesiterapia o quadro revertia, e as saturações registavam valores» a 98%.</li><li>- Durante o internamento doente manteve-se asténica, embora no dia 24/10, francamente melhorada, e menos dispneica;</li><li>- As SB aspiradas e expelidas eram em moderada quantidade, espessas e esbranquiçadas.</li></ul>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Optimizar a oxigenoterapia;</li><li>- Gerir a oxigenoterapia;</li><li>- Observar as características das secreções e quantidade;</li><li>- Repetir manobras para mobilização das secreções, se necessário;</li><li>- Proporcionar posição de relaxamento;</li><li>- Efectuar ensinamentos sobre a consciencialização e dissociação respiratórias;</li><li>- Incentivar a hidratação oral.</li></ul>	
--	--	--	--

Apêndice V b) - Registos de Aprendizagem dos diferentes  
contextos do Ensino Clínico 2





**3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Ensino Clínico – Registo de aprendizagem**

**Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED]**

**Equipa Cuidados Continuados Integrados**

**Promoção da mobilidade**

**Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores  
da pessoa com AVC, como suporte para a alta**

**Elaborado por:**

**Carmen Borralho – aluna n.º 3944**

**Orientadora:**

**Docente Vanda Marques Pinto**

Lisboa

Novembro, 2012

O presente trabalho, pretende fazer uma análise reflexiva das actividades desenvolvidas ao longo das primeiras semanas do Ensino Clínico, o qual está a decorrer na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, inserida na Unidade de Cuidados na Comunidade de Palmela do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de [REDACTED], no período temporal de 29 de Outubro a 17 de Dezembro do corrente ano. Assim sendo, este relatório irá cingir-se às primeiras 4 semanas vivenciadas.

Porém, para melhor compreender o desenvolvimento dessas mesmas actividades considerou pertinente proceder a uma breve apresentação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), onde se insere a Instituição onde o ensino clínico decorre, conhecimentos que consolidou ao longo das duas primeiras semanas. Tal necessidade, prende-se essencialmente com o facto de considerar este factor como determinante no desenvolvimento de competências e na excelência do seu exercício profissional durante este estágio e neste contexto.

### ***Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)***

No sentido de colmatar algumas das carências identificadas ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, que emergem do contexto actual, surge um modelo de intervenção articulado com uma filosofia preventiva, recuperadora e paliativa. Esta resposta encontra-se num nível intermédio entre os cuidados comunitários e os hospitalares e designa-se por RNCCI.

A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho<sup>50</sup> é tutelada em parceria pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e composta por um conjunto de instituições, públicas ou privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social através de equipas multidisciplinares que actuam no terreno, em estreita colaboração com os hospitais e centros de saúde. Da RNCCI fazem parte entidades públicas, instituições particulares de solidariedade social (IPSS), entidades privadas com ou sem fins lucrativos e serviços integrados no serviço nacional de saúde (SNS).

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho estabelece, no seu artigo 4º, que o objectivo da RNCCI é a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.” Constituem ainda objectivos específicos da RNCCI:

---

<sup>50</sup> Decreto-Lei nº 101/2006. *Diário da República I – A Série*. 109 (06-06-06) 3856 a 3865

*“(...) b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; (...) ” e*  
*“(...) e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; (...) ” (Decreto- Lei 101/2006 de 6 de Junho, artigo 4º).*

Assim, a RNCCI procura desenvolver a prestação de cuidados à pessoa dependente numa perspectiva integradora, considerando o seu contexto, de modo a que as respostas dadas sejam simultaneamente promotoras da autonomia e participação dos destinatários, e facilitadoras no que concerne ao envolvimento da família, através do reforço das suas capacidades e competências para lidar com as situações, nomeadamente no que diz respeito à conciliação das obrigações profissionais com o acompanhamento familiar.

Consideram-se cuidados continuados integrados (CCI) no âmbito da RNCCI:

*“ (...) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto- Lei 101/2006 de 6 de Junho, artigo 3º).*

A RNCCI baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada com diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social. Constitui assim um importante recurso, não apenas para a pessoa em situação de dependência, mas também para o seu familiar cuidador, na medida em que proporciona a ambos diferentes modalidades de apoio na saúde e a nível social.

Embora esteja prevista na RNCCI uma medida específica, denominada, descanso do cuidador, que possibilita o internamento temporário da pessoa dependente para fazer face à necessidade de descanso do principal cuidador, esta é apenas uma medida complementar de todo um conjunto de recursos criados pela RNCCI. Como descrito anteriormente, a promoção da autonomia através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social da pessoa dependente, são apanágio da, também denominada, Rede. Deste modo, e considerando que a melhoria das condições de saúde e bem-estar da pessoa dependente,

assim como a promoção da sua autonomia, se traduzirão numa melhor qualidade de vida também do cuidador informal, poder-se-á dizer que toda a RNCCI constitui uma mais-valia a considerar no apoio à pessoa dependente e sua família.

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por diferentes tipos de unidades e equipas. Segue-se uma breve apresentação de cada uma delas.

#### **Unidades de internamento:**

- Unidades de Convalescença – destinadas a doentes com perda transitória e recente da autonomia, na sequência de situação clínica aguda, com potencial de recuperação. Têm como finalidade a estabilização e reabilitação da pessoa em situação de dependência em internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos;
- Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação – destinam-se à prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial a doentes com perda transitória da autonomia, na sequência de situação clínica aguda, com potencial de recuperação. Têm como finalidade a estabilização e reabilitação da pessoa em situação de dependência em internamentos com previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos;
- Unidades de Internamento de Longa Duração e Manutenção – destinam-se ao internamento de carácter temporário ou permanente de pessoas com diferentes níveis de dependência, decorrentes de doenças ou outros processos crónicos. Têm como finalidade a prestação de cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, por períodos superiores a 90 dias consecutivos; Estas unidades prevêem também o internamento, por períodos inferiores, em situações temporárias resultantes de carência de apoio familiar ou da necessidade de descanso do cuidador informal, até 90 dias por ano;
- Unidades de Cuidados Paliativos – têm como objectivo o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com situações clínicas complexas e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. Estas unidades podem também proporcionar o internamento temporário destes doentes para descanso do principal cuidador.

#### **Unidades de ambulatório:**

- Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia – destinam-se à prestação de cuidados de suporte e promoção da autonomia a pessoas dependentes que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

### **Equipas hospitalares:**

- Equipas de gestão de altas – são equipas hospitalares multidisciplinares cujo objectivo é a preparação e gestão das altas, em articulação com outros serviços de modo a promover a continuidade de cuidados às pessoas que necessitem de acompanhamento dos seus problemas sociais e de saúde;
- Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos – são equipas multidisciplinares do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos que têm como finalidade prestar aconselhamento diferenciado aos restantes serviços hospitalares, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal sempre que solicitada a sua actuação.

### **Equipas domiciliárias:**

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (onde se insere a equipa onde a aluna está inserida) – são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social que prestam cuidados domiciliários decorrentes de uma avaliação global a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença que não necessitam de internamento e não podem deslocar-se autonomamente;
- Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos – são equipas multidisciplinares com formação diferenciada cuja finalidade é a prestação de apoio e aconselhamento em cuidados paliativos às equipas de cuidados continuados integrados e às unidades de média e de longa duração.

A RNCCI representa uma reforma profunda, e há muito considerada necessária, dos serviços de saúde e apoio social, em Portugal. Pelo seu cariz multidisciplinar e pela abordagem holística da sua intervenção é consensualmente considerada como um avanço em termos de desenvolvimento de políticas intersectoriais, permitindo a parceria entre saúde e apoio social, no âmbito das suas respostas aos utentes e respectivas famílias.

As entidades privadas são também um contributo importante na resposta às necessidades de cuidados das pessoas com dependência e seus cuidadores informais pelo que o *“Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em*

*concorrência com o sector público.*” (Lei de Bases, nº 48/90, de 24 de Agosto, Base XXXVII<sup>51</sup>).

Estas apresentam um leque variado de oferta, que pode variar desde os seguros de saúde, passando pelo apoio domiciliário, até às instituições de cuidados com internamento. As entidades privadas de prestação de cuidados podem dividir-se em organizações de saúde sem fins lucrativos e organizações de saúde com fins lucrativos. 643-656

Relativamente às organizações de saúde sem fins lucrativos, nas quais se inserem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são instituições, constituídas por iniciativa de particulares, “ (...) *com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos (...)* ” (Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro - Estatuto das IPSS<sup>52</sup>). Segundo o disposto no artigo 2º do Estatuto das IPSS, estas instituições podem ser de natureza fundacional ou associativa. Caracterizam-se por intervir, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços, com os seguintes fins: o apoio a crianças e jovens, às famílias e à integração social e comunitária; a protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; a promoção e protecção da saúde; a educação e formação profissional dos cidadãos; e a resolução de problemas habitacionais das populações. O Decreto-Lei n.º 186/2006 de 12 de Setembro estabelece o regime de atribuição de apoios financeiros pelo estado a estas instituições.

As organizações de saúde com fins lucrativos “ (...) *estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado*” (Lei de Bases nº 48/90, de 24 de Agosto, Base XXXIX). A hospitalização privada, em especial, funciona em articulação com o Serviço Nacional de Saúde. Compreendendo-se por hospitalização privada o internamento em clínicas ou casas de saúde, gerais ou especializadas e em estabelecimentos termais com internamento, não pertencentes ao estado ou às autarquias locais.

<sup>51</sup> Decreto-Lei nº 48/1990. *Diário da República I – Série*. 195 (90-08-24) 3452 a 3459

<sup>52</sup> Decreto-Lei nº 119/1983. *Diário da República I – Série*. 46 (83-02-25) 643 a 656



**Breve caracterização da Unidade da Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI integrada na UCCP do ACES [REDACTED].**

A ECCI insere-se na Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED], adiante designada como UCCP. Esta localiza-se na ala direita do primeiro piso do edifício da Unidade de Saúde Familiar de [REDACTED], do referido ACES.

A UCCP tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, no domicílio e na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Sucintamente, a UCCP encontra-se organizada por equipas de intervenção multidisciplinares que se articulam de forma informal e autónoma entre si, e é constituída por vários gabinetes, correspondentes aos serviços que prestam. Assim sendo, nela podemos encontrar: o gabinete da ECCI, o gabinete da enfermeira coordenadora da UCCP, o secretariado, o gabinete da equipa da saúde escolar e onde se realizam os cursos de preparação para a parentalidade e por último o gabinete da equipa de intervenção precoce e da equipa da comissão de protecção de crianças e jovens. A UCCP conta ainda com uma arrecadação (consumo clínico diverso, de apoio á prestação de cuidados e algumas ajudas técnicas).

A equipa multidisciplinar da UCCP é constituída por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicóloga, assistente social, higienista oral, terapeuta da fala, nutricionista, três administrativos.

A área de abrangência a que a UCCP dá resposta é vasta (um total de 461 Km<sup>2</sup>). Fazem parte da área geográfica cinco freguesias do concelho de [REDACTED], sendo elas, [REDACTED].

A ECCI (onde se encontra a decorrer o ensino clínico) da UCCP é composta pelos recursos profissionais da UCCP. Quanto á equipa de enfermagem, conta com seis enfermeiros, sendo um deles da especialidade de enfermagem de reabilitação. Os elementos de enfermagem são, em simultâneo, os que fazem parte da equipa de cuidados continuados (ECC). Sempre que necessário, os elementos da equipa multidisciplinar supra referidos intervêm de acordo com a sua área de intervenção.

A ECCI e ECC contam com apenas uma Enfermeira Especialista em Reabilitação, a Enfermeira [REDACTED] (responsável pela orientação do ensino clínico), que concomitantemente acumula funções de gestão – Vogal de Enfermagem, no ACES de

Para além do descrito, também presta cuidados de enfermagem no âmbito das visitas domiciliárias (prestação de cuidados no âmbito paliativo e de tratamento) aos fins-de-semana.

A ECCI tem capacidade para dar resposta a 50 utentes.

Os critérios de admissão dos doentes na ECCI são: ter um nível de dependência global (transitória ou crónica) que impeça a sua deslocação ao centro de saúde; residir na área de influência da UCCP; existir (preferencialmente) um cuidador principal disponível para colaborar na prestação de cuidados informais.

A referenciação dos doentes pode ser feita a partir de qualquer elemento da comunidade à ECCI e ECC, isto é, familiares, vizinhos, unidades do ACES, instituições particulares de solidariedade social (IPSS's), instituições hospitalares, entre outros.

De acordo com a tipologia de cuidados necessários (cuidados com finalidade preventiva, curativa, de reabilitação ou paliativa numa perspetiva global que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade e bem-estar da população alvo<sup>53</sup>) e a área geográfica a que pertence, o doente, sem prejuízo do papel dos outros profissionais de saúde, será atribuído a um gestor de caso. A exceção a esta situação é a da enfermeira de reabilitação, que por ser o único elemento, acaba por cobrir todas as áreas geográficas da abrangência da UCCP. Este facto obriga a uma gestão meticulosa dos cuidados de reabilitação para serem prestados com coerência e particularidade.

A periodicidade das visitas domiciliárias aos doentes é determinada por cada gestor de caso, em função das necessidades identificadas e deverá ser discutida com o doente e família, de acordo com os objectivos definidos do plano de intervenção individual.

O modelo de prestação de cuidados utilizado por esta equipa é o de gestor de caso, como já mencionado, definido como compreensivo, continuado e centrado no doente, apoiando-se numa equipa multidisciplinar. Focaliza-se no episódio de doença ou incapacidade durante o programa de continuidade de cuidados, tendo como objectivos a maximização da capacidade funcional e qualidade de vida do doente (Hoeman, 2011<sup>54</sup>). Este modelo permite que haja uma pessoa de referência para o doente e os seus conviventes, que seja capaz, em prole das necessidades identificadas, fazer a síntese da sua situação, valorizando as suas potencialidades, os seus desejos e a suas expectativas (Hesbeen, 2003<sup>55</sup>).

<sup>53</sup> Estes dados foram retiradas do Regulamento Interno da UCCP que por motivos de ordem formal não serão apresentados neste trabalho.

<sup>54</sup> Hoeman, S.P. (2011) – *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-31-4.

<sup>55</sup> Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-43-6.

De referir, que todos os doentes integrados na ECCI são sujeitos a pelo menos uma avaliação mensal por um profissional da equipa de CCI.

Regra geral, a ECCI/ECC realiza todas as quintas feiras, entre as 15h e as 17h, uma reunião de trabalho, para discussão de casos, organização do trabalho de fim-de-semana, articulação inter profissional, aferir métodos de trabalho, discussão e resolução de problemas que a equipa considere relevante. Salienta, contudo, que não teve a oportunidade de até ao momento, assistir a nenhuma reunião devido às mesmas não estarem a ser realizadas por motivos inerentes ao próprio funcionamento do serviço.

Cada profissional da ECCI é inteiramente responsável dentro da sua área de competência e, deste modo, pelo cumprimento de objectivos específicos. Assim sendo, no âmbito da enfermagem de reabilitação, o objectivo recai sobre a prestação de cuidados domiciliários de natureza reabilitadora a pessoas com AVC, integrados no programa dos Cuidados Continuados do Concelho Integrados de [REDACTED].

O motivo pelo qual a Enfermeira Isabel desenvolve as suas competências a pessoas com AVC é devido ao facto desta patologia acarretar um elevado número de comorbilidades, sendo uma das primeiras causas de morte em Portugal.

No contexto da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, encontram-se a beneficiar de tais cuidados 10 famílias, sendo o denominador comum alvo de intervenção, a pessoa vítima de AVC e respectiva família.

Pôde perceber que as maiores dificuldades sentidas no âmbito da enfermagem de reabilitação pautam-se sobretudo pela escassez de recursos humanos (pares) e inexistência do resumo mínimo de dados relativos aos registos de enfermagem em linguagem CIPE, para o contexto da enfermagem de reabilitação.

Constatou que a Enfermeira [REDACTED] é responsável por projectos de intervenção no contexto da formação externa para ajudantes familiares. As formações teórico práticas intitulam-se: “Postura Corporal das Ajudantes Familiares ”e “Princípios gerais de movimentação de doentes”. Cada formação tem uma componente teórica (na sala de reuniões do ACES) e uma componente prática, realizada em contexto domiciliário.

Na premissa da individualização dos cuidados de enfermagem prestados, a Enfermeira [REDACTED], utiliza na sua prática diária instrumentos de recolha de informação: escala de NIHSS, escala de Barthel, escala de Braden e escala de medida de independência funcional (MIF).

***Actividades desenvolvidas ao longo das quatro semanas de ensino clínico (29 de Outubro a 23 de Novembro do corrente ano)***

Associada à doença crónica, e ao elevado grau de dependência dos doentes, resultante de doenças devastadoras e mutiladoras, onde a patologia do AVC se enquadra, assiste-se actualmente nas instituições de saúde (movidas por políticas que apelam à retenção de custos) a situações de internamentos curtos, e consequentemente, altas cada vez mais precoces.

Face a este contexto muitas famílias deparam-se com problemas de diversa ordem (pessoais, económicos, habitacionais, materiais), frequentemente de difícil resolução, para os quais não está preparada. Neste sentido, torna-se inquestionável o papel do enfermeiro especialista em reabilitação em cuidados de saúde primários, no que concerne à promoção da autonomia do doente, bem como no dotar o familiar cuidador de todo um conjunto de competências (quando o cliente é incapaz de o fazer) que lhe permitirá cuidar do familiar dependente em contexto domiciliário.

A sua proximidade no relacionamento com doentes vítimas de AVC e seus familiares cuidadores, fruto do acompanhamento da enfermeira [REDACTED] desde o primeiro dia de ensino clínico no desempenho da sua prática, despertou-a para alguns aspectos característicos daquele grupo de doentes (embora a amostra de doentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação não seja representativa) e que corroboram os estudos científicos existentes: a idade avançada, o sexo masculino, o elevado índice de co-morbilidades, a dependência nas actividades de vida diária, o facto do familiar cuidador ser maioritariamente a esposa do doente, também ela idosa e com problemas de saúde.

A Perita, a enfermeira [REDACTED], tem sido, ao longo destas quatro semanas de Ensino Clínico uma presença determinante e marcante para si, no percurso ensino – aprendizagem. As suas intervenções diárias junto da equipa de saúde, e mais especificamente junto do doente e família, têm permitido consolidar a importância do enfermeiro especialista de Reabilitação como cuidador, como educador, como recurso.

Através da observação, do acompanhamento, da discussão permanente de condutas de intervenção do enfermeiro especialista, do aprender a fazer, do tomar iniciativas, de reformular intervenções, de inovar e apelar à criatividade, permitiu-lhe identificar o papel do enfermeiro especialista de reabilitação, em contexto domiciliário. Desta feita, considera-o um papel activo sempre receptivo à imprevisibilidade inerente à profissão.

Progressivamente tem prestado cuidados a um número mais elevado de doentes, onde também se complexificaram as intervenções realizadas. A aquisição de competências

no âmbito da reabilitação e aperfeiçoamento das técnicas realizadas têm exigido maior dispêndio temporal, no que concerne à consolidação de conhecimentos.

Pôs em prática, com os doentes a quem prestou cuidados, exercícios no âmbito da reabilitação sensoriomotora, como sejam, exercícios isométricos, musculartoarticulares passivos, activos assistidos, activos resistidos (manualmente, com resistência efectuada por si, e com recurso à utilização de um pacote de arroz de 1 kg ou manguitos de ginásio, para fortalecimento muscular), treino do equilíbrio estático e dinâmico, com os doentes sentados, e em pé (com recurso a um suporte estável – andarilho ou tripé quando em posição ortostática) e treino de marcha, transferência do peso do corpo de um membro inferior para outro, correcções posturais utilizando os espelhos dos guarda-vestidos dos doentes.

Outra acção realizada no âmbito da reabilitação sensoriomotora foi a reeducação da motricidade fina, através de acções didácticas, como por exemplo, pedir ao doente para separar leguminosas - grão de feijão, que se encontravam previamente misturados numa tijela. Tal estratégia era solicitada como “trabalho de casa”, aliado á contagem de cada uma das leguminosas isoladamente. Desta feita, a estimulação cognitiva, a atenção e a concentração também eram assim reeducadas.

Constatou que aquando do treino da correcção postural em frente ao espelho alguns doentes têm dificuldade em olhar e apreciar a sua imagem reflectida, tal como a D.<sup>a</sup> O. E o Sr. C. Depreende que tal facto se dê, talvez aos défices de atenção resultantes do AVC, mas acredita que os doentes dificilmente se reconheçam com os défices que apresentam. Situação esta bem patente no livro “De Profundis, Valsa Lenta”, onde o autor José Cardoso Pires, apresenta o relato do AVC que o acometeu em 1995. Neste relato refere-se a si próprio como o “outro” alguém, tal como retratado no seguinte excerto, “*frente a frente com a minha imagem no espelho mas já desligada dela, me transferi para um Outro sem nome e sem memória e por consequência incapaz da menor relação passado-presente, de imagem-objecto, do eu com outro alguém*” (Pires 1999, p. 24 <sup>56</sup>).

No treino de marcha ressalva os obstáculos referidos pelos doentes como “grandes obstáculos”, tal como verbalizado pelo Sr. B., como sejam, a presença de tapetes decorativos em casa, o lancil e as inclinações/ irregularidades do pavimento da calçada portuguesa junto á sua casa.

Relativamente ao esquema de exercícios preconizado no plano de cuidados de cada doente, tem necessidade de expressar algo que lhe suscitou no início algum espanto e curiosidade, e que tem que ver com a complexidade dos exercícios ensinados pela enfermeira [REDACTED]

<sup>56</sup> Pires, José Cardoso – *De Profundis, Valsa Lenta*. 13<sup>a</sup> Ed. Lisboa. Dom Quixote: 1999. ISBN: 972-20-1398-X.

Assim, o movimento de deixar passar o trânsito e o de mandar parar o trânsito, em analogia aos movimentos executados pelo polícia sinaleiro, integram não só exercícios de amplitude articular, como a coordenação, consciência corporal e a concentração por parte do doente.

Gestos tão simples como o aperto de mão (exercita adução e abdução dos dedos das mãos), o adeus (desvio radial e cubital), o simular do abanar a mão para afastar algo (flexão e extensão do punho), entre outros, também podem ser solicitados aos doentes como parte integrante do programa de mobilizações activas.

A prescrição de exercícios activos terapêuticos, supervisionados pela enfermeira de reabilitação após cada visita domiciliária, visa combinar exercícios de resistência contra gravidade, fortalecimento muscular, coordenação, concentração e integração mental do esquema corporal aliados a realização de movimentos fisiológico articulares. Exemplos disso são, os agachamentos (flexão e extensão das articulações do joelho e coxo-femural), o jogar á bola, que também implica para além do descrito, o treino do equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática.

Procedeu aos posicionamentos de doentes acamados e quando sentados em cadeira de rodas, respeitando a adopção do padrão anti-espástico e os princípios básicos, no levantar e transferência (abordando o doente pelo lado afectado, sempre que a disposição da cama no quarto o permitia e explicando a sua importância) aproveitando para fazer formação durante a acção.

Ao iniciar a interacção, dirigia-se aos doentes pelo nome, cumprimentando-os, com “bom dia”, “boa tarde” (conforme o período do dia), perguntando-lhe como se sentiam, como passaram a noite, demonstrando assim simpatia, interesse e preocupação. Através deste primeiro contacto é possível avaliar o estado de consciência, e também proceder a uma orientação pessoa/tempo/espço (horas, o tempo que fazia lá fora, estação do ano, entre outros aspectos). Com o Sr. C., um doente afásico tem utilizado frases simples, curtas, que permitam uma resposta sim ou não, recorrendo à linguagem gestual e imagens.

O artigo 89º do Código Deontológico, correspondente á humanização dos cuidados, clarifica, na alínea b), o dever do enfermeiro de “*contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” (Decreto-Lei 104/98<sup>57</sup>). Com isto em mente, tem sido sua “preocupação” ao longo do ensino clínico promover a autonomia do doente, incentivando-o a autocuidar-se, encorajando-o, dando-lhe confiança, e apoiando-o psicologicamente. Cada pequeno progresso foi valorizado! E os mais pequenos resultados

<sup>57</sup> Decreto-Lei nº 104/1998. *Diário da República I A– Série.* 93/98 (98-04-21) 1739 a 1757



foram acolhidos como grandes êxitos. Exemplo disso foi o treino de marcha em piso regular e irregular efectuado com o Sr. B, levando-o ao café da praça de sua casa, tal como era seu desejo, ou quando o Sr. A. conseguiu apagar uma vela após várias tentativas falhadas, aquando do ensino da dissociação respiratória, com ênfase na expiração.

Verificou que o programa de enfermagem de reabilitação prescrito para cada doente pela enfermeira [REDACTED] (a que tem dado continuidade durante o ensino clínico), visa não só a reabilitação do hemicorpo lesado, como também a reabilitação do hemicorpo menos lesado, ou seja, há que favorecer a recuperação das funções perdidas e potenciar as remanescentes. Reabilitar um doente com AVC no domicílio, implica promover a sua capacitação para o autocuidado, maximizando assim a sua autonomia, bem-estar e consequentemente a sua qualidade de vida.

A exemplificar o descrito no parágrafo anterior relato o caso do Sr. A., um doente com desarticulação da anca á direita que se encontra acamado, vítima de AVC aquando do seu internamento de causa ortopédica. A par das mobilizações passivas efectuadas no hemicorpo lesado (à direita), são efectuadas mobilizações activas com resistências de 1kg no membro superior menos lesado (entenda-se, o esquerdo), e activas assistidas no membro inferior menos lesado. As actividades terapêuticas reportam-se ao rolamento para ambos os lados, sendo o doente autónomo na sua realização para o lado lesado. O facto de o doente o conseguir efectuar, permite-lhe não só, beneficiar de tal movimento aos níveis osteo articular, circulatório, muscular e respiratório, como também auxiliar a sua esposa aquando da necessidade de lhe prestar cuidados (posicionar, prestar cuidados perineais, trocar a fralda ou a roupa da cama, ...)

Partilhar na primeira pessoa, o mundo dos próprios protagonistas (doente / família) da história, através de uma presença autêntica, de escuta dos seus medos e dos seus receios, esclarecimento das suas dúvidas, alívio das suas angústias, permitiu-lhe estabelecer uma parceria com o doente e respectiva família no “*respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel*” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – OE, 2001; p. 8<sup>58</sup>), promovendo assim, uma relação terapêutica.

Todas as intervenções foram realizadas com base no respeito pelos hábitos e preferências dos doentes (alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização, sono e repouso), no respeito pelos seus direitos, tendo presente a máxima ética “*cuido como a pessoa gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada*” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005; p.

---

<sup>58</sup> Conselho de Enfermagem, OE (2001) - *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

143<sup>59</sup>). Neste sentido, conhecer o doente em contexto familiar valorizando informações dadas pelo próprio / família, conhecer as suas necessidades, disponibilizar tempo e atenção (o tempo que o doente efectivamente precisa!), promover a continuidade de cuidados, estabelecer uma relação de parceria, contribui para a obtenção de resultados positivos em termos de ganhos de saúde.

Tendo em conta que os doentes acamados poderão desenvolver quadros de insuficiência respiratória, não só pela imobilidade no leito, mas também pela patologia associada (asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome obstrutivo da apneia do sono), teve a oportunidade de desenvolver competências neste âmbito. Neste sentido, considera que o enfermeiro tem um papel fulcral no que concerne ao acompanhamento destes doentes no sentido de detectar e actuar precocemente perante alterações na situação de saúde, bem como ajudar o doente na promoção da sua autonomia e bem-estar, indo assim ao encontro de Urden, Stacy & Lough (2008, p. 670<sup>60</sup>), quando afirmam que “o enfermeiro tem um papel significativo na optimização da ventilação proporcionando conforto e apoio emocional, e mantendo a vigilância de complicações”.

Dos dez doentes a quem presta cuidados, 2 encontram-se a beneficiar, para além da reeducação sensório motora, de reeducação funcional respiratória. É o caso do Sr. A. e da D.<sup>a</sup> C. Esta é uma doente com hemiparesia direita (sofreu 3 AVC's), com antecedentes pessoais de SAOS (síndrome obstrutivo de apneia do sono), sob ventilação não invasiva, CPAP (durante 14 horas diárias) e oxigénio de longa duração (OLD) a 1,5 litros por óculos nasais, nas restantes horas que perfazem as 24 horas diárias. É uma doente com história de vários internamentos no serviço de medicina interna do Hospital [REDACTED] por alterações da função renal e consequentemente descompensação da função cardio respiratória (edema agudo do pulmão).

O objectivo da cinesiterapia respiratória (com drenagem postural modificada e manobras acessórias) nesta doente, visa sobretudo a prevenção das referidas complicações e melhorar a mecânica ventilatória. Em consequência disso, o volume corrente aumenta, a capacidade total de difusão pulmonar por recrutamento de alvéolos colapsados aumenta, diminui a retenção de Co2 a nível alveolar, diminui a frequência respiratória, e aumenta a expansão pulmonar. A mobilização de secreções distais é favorecida através dos ciclo activo das técnicas respiratórias, prevenindo assim as atelectasias e/ou pneumonias de estase.

<sup>59</sup> Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005) – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.

<sup>60</sup> Urden, L. D., Stacy, K., Lough, M E. – *Enfermagem de Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

Durante a prestação de cuidados, surgiram algumas dificuldades relacionadas com a afasia apresentada pelo Sr. F.C., o que originou na discente sentimentos de impotência e incapacidade dificultando por vezes a relação de parceria. O doente apresenta afasia de expressão e compreensão, fruto da sua lesão hemisférica esquerda e usa frequentemente duas estereotipias verbais para comunicar (tudo, tudo, tudo e sim, sim sim) e um único gesto (o de acender um isqueiro) que não é indicativo de algo em concreto porque o doente utiliza-o indiscriminadamente.

Para colmatar estas dificuldades utilizou diferentes estratégias, tais como: utilização de frases curtas, falar devagar e pausadamente com o Sr. F.C., nomear os objectos, no contexto das várias actividades realizadas, bem como a utilização de um álbum de imagens realizado pela terapeuta ocupacional da Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção onde o doente esteve internado durante dois anos após a ocorrência do AVC.

Defende que, o recurso aos meios utilizados deverá ser sempre encarado como uma possibilidade para estabelecer uma comunicação eficaz. Assim, considera que impedir o acesso aos mesmos, coíbe também qualquer possibilidade de comunicação, “condenando” a pessoa, a um isolamento familiar e social. Com isto em mente, e dada a sua sensibilidade por esta área (comunicação), a sua intervenção junto do doente e família consistiu em sensibilizá-los para as preferências musicais do doente uma vez que numa das visitas domiciliárias a sua esposa, havia verbalizado que o Sr. F.C. gosta muito de música, elogiando os seus dotes de cantor e dançarino. Tal facto foi confirmado pelo doente quando ao ouvir tal afirmação, sorriu e bamboleou o corpo apoiando-se no tripé.

O poder misterioso da música, enquadra-se na possibilidade da mesma, estimular a neuroplasticidade<sup>61</sup> e sobrepor-se, nem que seja por breves momentos, à doença, à angústia e à solidão, pela sensação de bem-estar (devida á libertação de endorfinas) que proporciona a quem a aprecia.

A importância da música é também abordada na literatura por Särkämö <sup>62</sup> (2008) quando num artigo publicado na revista Brain, afirma que a música estimula: a atenção e o humor, recuperação de áreas danificadas no cérebro, e os mecanismos associados à plasticidade neuronal.

Momentos de alegria, de partilha, premiados por sorrisos e humor, transformaram-se em autênticos momentos terapêuticos. Todas as suas intervenções foram realizadas com o intuito de proporcionar momentos, não apenas de carácter lúdico, mas essencialmente terapêutico.

<sup>61</sup> [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2529/3/T\\_18198.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2529/3/T_18198.pdf) acedido a 22/11/2012

<sup>62</sup> Särkämö, T. – *Listening to music improves stroke patients recovery*. University of Helsinki. 2008. [Acedido a 22.11.2012]. Disponível em [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2008-02/uoh-ltm021508.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2008-02/uoh-ltm021508.php)

A importância destas intervenções é reforçada por Lopes<sup>63</sup> (2006, p. 80), ao referir que “é necessário que o enfermeiro participe na prática, para que consiga atingir uma excelência que lhe permita pôr a técnica ao serviço da pessoa de forma criativa, transformando assim a prestação de cuidados numa arte, e preservando deste modo a dignidade da pessoa”.

Promover um ambiente seguro foi também a sua preocupação. Assim, supervisionou o progresso do doente durante a realização das actividades de vida diária e exercícios inerentes ao programa de enfermagem de reabilitação. Recorreu também à utilização de dispositivos protectores (grades da cama, superfícies de apoio, andarilho, tripé, cadeira de rodas, entre outros), confirmando antecipadamente o correcto funcionamento dos mesmos. De forma a contribuir para a prevenção das quedas, sensibilizou os doentes e famílias sobre a importância da não utilização de tapetes decorativos no domicílio, bem como a necessidade de se colocarem barras de apoio nas banheiras e/ou polibans da casa de banho, pelos riscos que lhe estão inerentes e que prontamente foram acatados.

No dia 23/11/2012, teve a oportunidade de assistir á forma como se processa a admissão de um doente (Sr. C.L.) e família no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Quando recebeu a carta de alta via fax oriunda do hospital, focou-se essencialmente na condição de saúde actual do doente, na sua evolução ao longo do internamento e nos aspectos mais relevantes para a continuidade dos cuidados.

Constatou que na primeira visita domiciliária são avaliadas e validadas as competências da família em contexto de vida, relativamente á capacidade da mesma prestar cuidados ao familiar dependente, o doente é avaliado num todo (gestão de terapêutica, gestão de emoções, esclarecimento de dúvidas sobre os mais variados assuntos,...) e em termos de défices e potencial de recuperação. É negociado com o doente e família o plano de intervenção individual a implementar.

Tendo em conta que *“a maioria dos [clientes] vítimas de AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbilidade, constituindo um factor perturbador no quotidiano do doente e da sua família”* (Marques<sup>64</sup>, 2007, p.70), capacitar o doente e o familiar cuidador de todo um conjunto de competências a adoptar no domicílio é a seu ver de primordial importância. Esta necessidade foi reforçada por Sequeira<sup>65</sup> (2007, p. 107) ao referir que *“um apoio ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador oportunidades para um melhor desempenho”*.

<sup>63</sup> Lopes, M. J. – *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau, 2006. 368 p. ISBN 972-8485-6-x.

<sup>64</sup> Marques, S., L. (2007) – *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau. 185 p. ISBN 972-8485-78-6.

<sup>65</sup> Sequeira, C. (2007) – *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. 1ª edição. Quarteto.

Com isto em mente, e dadas as necessidades manifestadas pela familiar cuidadora (esposa) e conviventes (irmão, irmã e cunhada) do Sr. C.A., à medida que decorria a visita domiciliária, foram incluídos no planeamento do ensino, diversas informações/esclarecimentos. Estes focaram-se sobretudo para as ajudas técnicas, a prevenção de quedas, na gestão da medicação (diabetes, inaloterapia), disposição do mobiliário, suporte social, redes formais e informais de apoio, ensino e treino de habilidades no que diz respeito às mobilizações passivas do hemicorpo lesado e transferências (da cadeira de rodas para a cama e vice-versa, da cadeira de rodas para a cadeira de duche e vice-versa), bem como na sugestão da distribuição de tarefas entre os vários familiares naquela que era a assunção de novos papéis no seio familiar. Neste primeiro contacto, foi também realizado o teste de avaliação do grau de disfagia do doente por ser uma das preocupações mais manifestada pelos familiares do Sr. C.A.

Os ensinamentos foram programados, sistematizados e realizados envolvendo os familiares cuidadores numa participação activa, tendo como preocupação os conteúdos que os mesmos desejavam aprender naquele momento. Assumiu-se, desta feita, o dever de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005; Artigo 84.º alínea d)

Segundo Marques (2007; p.158), “ensinos oportunos acerca do que fazer, porque fazer, quando fazer, por quem fazer, com o que fazer, são encarados como reais necessidades sentidas pelos familiares” (...) [alertando ainda para a importância dos profissionais] “transmitirem informações não contraditórias, ainda que queiram dizer o mesmo”.

Tendo em conta o tipo de intervenção acima referido, o processo ensino-aprendizagem incidu em três momentos distintos: ensinar, instruir e treinar. A ICN/CIPE, versão 1.0 (2006, p. 137<sup>66</sup>), define estes tipos de acção da seguinte forma: “ensinar – acção de informar com as características específicas: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (...), “instruir – acção de ensinar com as características específicas: fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa” (...), e “treinar – acção de instruir com as características específicas: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa”.

Confirmou, pelos testemunhos verbalizados pelo Sr. C. A. e seus familiares, que um dos problemas decorrente da alta hospitalar vai ao encontro da perspectiva de Marques (2007, p. 152) quando afirmou que a mesma se resume “*muitas vezes, a um simples*

<sup>66</sup> International Council of Nurses- ICN (2006) – *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) – versão 1.0*. Genebra. 210 p. ISBN:92-95040-36-8.

*entregar das receitas médicas para o médico de família, num contexto impessoal e superficial*”, uma vez que não houve lugar para a realização de ensinamentos por parte dos profissionais de saúde a esta família.

A consciencialização desta problemática levou-a desde logo a envolver o doente e sua família na prestação de cuidados, no sentido de os capacitar para a aquisição e desenvolvimento de competências.

De referir, que a avaliação das necessidades do Sr. C.A. no que diz respeito a cuidados de enfermagem especializados em reabilitação, bem como o respectivo plano de cuidados será enviado á posteriori por correio electrónico á professora orientadora Vanda Marques Pinto para apreciação.

É sua intenção realizar o plano de cuidados daquele doente e respectiva família, por considerar que o mesmo confere um leque de experiências diferentes (área da intervenção educacional do enfermeiro, dadas as suas carências nesse sentido) dos demais doentes a quem tem prestado cuidados no âmbito domiciliário, quanto aos cuidados de enfermagem de reabilitação a si apensos.

Na sequência da situação referida nos parágrafos anteriores, e de forma a ir ao encontro do seu projecto de estágio, realizou durante a quarta semana de ensino clínico, uma entrevista informal aos restantes familiares cuidadores dos nove doentes em processo de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio. A mesma teve como propósito, perceber como foi efectuada a preparação da alta hospitalar a cada família, no que concerne á promoção da independência das actividades de vida diária e melhoria do estado de saúde do doente, de uma instituição para a comunidade (domicílio).

As questões efectuadas foram:

- Foi informado(a) da situação de saúde do seu familiar? Se sim, quem o(a) informou?
- Quando soube que o seu familiar ia ter alta do hospital?
- Durante o internamento foram realizadas acções programadas de ensino, informação, demonstração e treino sobre as necessidades reais e / potenciais do seu (sua) familiar, resultantes do AVC? Se sim, em que aspectos?
- Quais foram as suas maiores preocupações na transição do seu familiar para o domicílio?

Assim, do total das 10 famílias questionadas, apenas um familiar cuidador referiu que lhe foram realizados ensinamentos. Estes recaíram sobre o manuseamento da sonda nasogástrica (preparação e administração de alimentos), no dia em que a esposa teve alta hospitalar. Duas esposas verbalizaram que apenas receberam um livro (cedido pelo enfermeiro da

instituição hospitalar) que continha diversa informação sobre o AVC, nomeadamente, a forma de vestir e despir o doente com AVC, a higiene e os posicionamentos. Os restantes sete familiares cuidadores referiram que não obtiveram qualquer tipo de ensinamentos durante o internamento do seu familiar.

O carácter indagativo das questões e os resultados obtidos relativamente à efectividade da preparação da alta hospitalar durante o internamento, obviamente que não permite efectuar generalizações, no entanto realça a premente necessidade de transmissão de saberes e treino para a aquisição de habilidades na fase de internamento dirigidas ao familiar cuidador, permitindo aos enfermeiros actuar de um modo antecipatório naquelas que vão ser as dificuldades sentidas pela díade doente - família em contexto domiciliário.

De referir que teve a oportunidade de explorar a neuro avaliação. Fê-lo de forma detalhada, aos doentes que escolheu para a materialização dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação (Apêndice I).

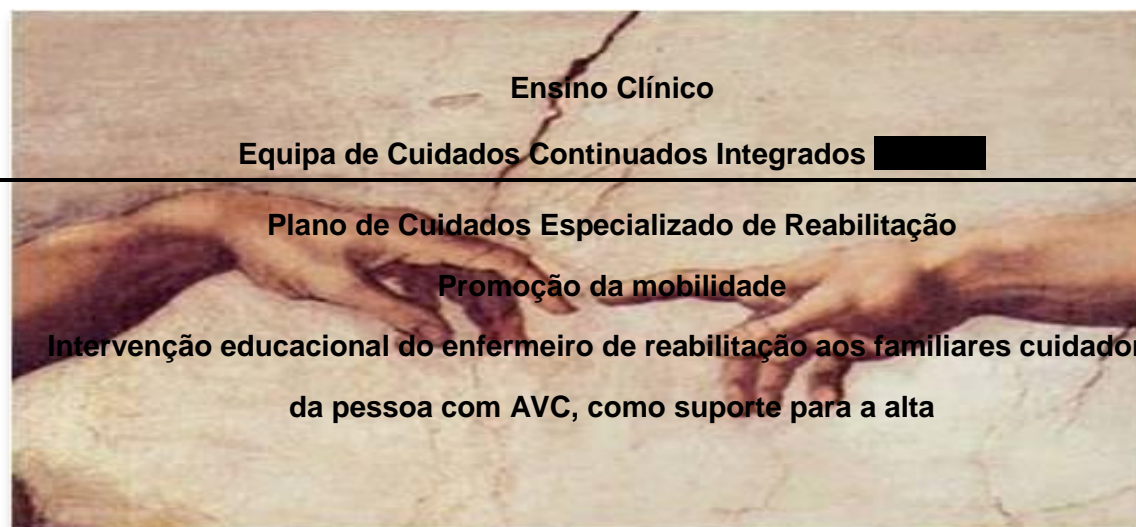


Apêndice V b) - Apêndice I - Plano de cuidados  
especializados de reabilitação para o doente J.D.B.



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**



**Elaborado por:**

**Carmen Borralho – aluna n.º 3944**

**Orientadora:**

**Docente Vanda Marques Pinto**

Lisboa

Novembro, 2012

## **AValiação de necessidades de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação**

### **Contextualização e descrição da situação:**

#### **Identificação do doente e familiar cuidador**

O Sr. J.D.B., B. como gosta de ser tratado, é um doente de 71 anos de idade, estudou até ao 4º ano, está reformado desde 2008, de cozinheiro da Marinha Mercante, é de raça caucasiana, e está casado com a D.<sup>a</sup> I. (familiar cuidadora). Vivem no [REDACTED] e têm uma filha, muito presente no dia-a-dia dos pais. Não tem netos. O Sr. B. auferia pensão e complemento por dependência.

A D.<sup>a</sup> I. é uma senhora muito simpática, autónoma, doméstica e encontra-se reformada. Actualmente manifestada cansaço, fonte de numerosas exigências (pela sobrecarga que é lhe é exercida enquanto cuidador informal, dada a dependência do marido face a terceiros há 4 anos, pela lida doméstica, compras, a assunção de toda a gestão burocrática familiar, outrora a cargo do Sr. B. e o desemprego da filha, são alguns exemplos). É uma pessoa religiosa, gosta de ir á missa aos domingos e de tratar da Igreja da sua freguesia, da qual fala orgulhosa.

Vivem numa habitação térrea, com boas condições, tendo a casa de banho sido adaptada após a alta do doente aquando da ocorrência do AVC (Janeiro de 2008). A banheira foi substituída por um poliban de grandes dimensões, colocadas barras de apoio na parede na área do duche e na área contígua à sanita, e adquiriram uma cadeira de banho para a higiene. Como acesso á habitação existem 4 degraus, que foram temporariamente (até o doente conseguir autonomia para subir as escadas, mesmo com recurso a meio adaptativo para o fazer - tripé) substituídos por uma rampa, para garantir a acessibilidade do Sr. B. a sua casa, sempre que necessário.

O Sr. B. partilha o quarto com a esposa. Dormem em camas separadas, sendo que a cama do Sr. B. é articulada, não regulável em altura, com grades de apoio laterais e trapézio. Está posicionada em frente á janela do quarto permitindo que o Sr. B. possa olhar através da

mesma para o exterior. A mesa-de-cabeceira está lateralizada á esquerda da cama, bem como a cama da D.<sup>a</sup> I. Tem televisão no quarto que se encontra também posicionada á sua esquerda.

O Sr. B apresenta-se com boa verbalização e destaca-se pela sua simpatia, boa disposição e grande sentido de humor, que segundo a esposa ficou mais aguçado após o AVC. A esposa denota alguns esquecimentos e esporadicamente, durante a noite, períodos de confusão.

Depreendo que o tom jocoso apresentado pelo Sr. B. se deva às alterações comportamentais características das lesões hemisféricas direitas.

A sua linguagem não-verbal encontra-se de uma forma geral reduzida, ou seja, o doente não tem por hábito expressar-se não verbalmente com o hemicorpo não lesado (direito), mas fá-lo através do fâcies, para as mais diversas emoções/sensações. Atribuo este facto à sua lesão hemisférica, dado ser patognomónico das lesões lateralizadas à direita do cérebro.

O Sr. B. passa, maioritariamente os dias, na cadeira de rodas, CR, a ver televisão na sala (como medida de segurança, a esposa coloca o tripé noutra assoalhada). Quando a esposa se ausenta de casa por qualquer motivo, fica deitado na cama com as grades levantadas (com as medidas de segurança anteriormente descritas) por a esposa considerar que é o local mais seguro para o seu marido ficar. Tal facto, fruto de algumas quedas sofridas pelo doente (há mais de 3 meses), quando sozinho em casa, por ser impulsivo e considerar que conseguia deambular sem supervisão e/ou auxílio. A esposa verbalizou que das quedas resultaram, para além de escoriações com necessidade de sutura e hematomas ao nível do couro cabeludo e face, atrasos na reabilitação do seu marido e que o ombro lesado ficou mais doloroso.

Pela descrição da esposa, constato que a falta de julgamento e discernimento do Sr. B. em aprender com os erros aquando das quedas sofridas, se deve ao tipo de lesão que o acometeu. O facto da percepção espacial e visual estar comprometida, associado á desvalorização dos défices apresentados (“eu consigo andar sozinho, mas a minha mulher diz que não!”sic), também poderão contribuir para o risco de quedas apresentado pelo Sr. B.

De referir, que a esposa e a filha têm por hábito após o almoço, aos fins-de-semana, levar o Sr. B. ao café da praça junto a sua casa, em cadeira de rodas, com o objectivo de socializar com os seus amigos. Mantém uma boa relação com os vizinhos e amigos, que o costumam visitar aos fins-de semana.

### **Antecedentes pessoais**

- **AVC hemorrágico núcleo capsular direito** em 17/01/2008 com sequelas de hemiplegia, hemihipostesia, hemianópsia homónima esquerda e epilepsia vascular

- Hipertensão arterial
- Hipercolesterolemia
- Hemorragia digestiva alta por Gastropatia erosiva do antro em 2011
- Pneumonia hipoxemiante
- Desconhece alergias
- Artroses rotulianas bilaterais diagnosticadas em 2007, por imagem radiológica – Raio X
- Gota
- Parkinson ? (realizou ElectroEncefalograma em Outubro 2012. Aguarda consulta de Neurologia em Janeiro de 2013 para confirmação do diagnóstico).

### **Terapêutica em ambulatório**

Alopurinol 300 mg 1 cp/dia

Sinemet 25/100 3 cp /dia

Ácido valproico 500 mg 3 cp/dia

Captopril 25 mg 2 cp/dia

Pantoprazole 20 mg 1 cp/dia

Sinvastatina 20 mg 1 cp/dia

Furosemido 40 mg 1 cp/dia

### **Dieta prescrita pela média de família**

Dieta hipossalina, hipocalórica, que a D<sup>a</sup>. I. procura cumprir, prevaricando em doses mínimas, segundo os seus relatos, apenas em dias de festa.

### **Percurso no doente no âmbito da reabilitação e rede de apoio formal**

O Sr. B. esteve internado como consequência do AVC na Unidade de AVC, do [REDACTED] durante oito dias 8 (de 17 a 25 de Janeiro de 2008).

Após a alta hospitalar, regressou ao domicílio, onde realizou programa de fisioterapia diário durante um mês, pago pela família. Findo este tempo, passou a efectuar os tratamentos de fisioterapia numa clínica na sua área de residência, com uma periodicidade de três vezes por semana.

Imediatamente á transição do doente da instituição hospitalar para o domicílio, a D<sup>a</sup>. I. solicitou apoio domiciliário ao Centro Paroquial [REDACTED] - uma IPSS (Instituição Particular de solidariedade Social), para serviço de higiene pessoal 2 vezes por dia, que ainda mantém.

A 16 de Maio de 2011 é internado numa instituição da RNCCI - Unidade de Longa Duração e Manutenção [REDACTED] para descanso do cuidador, tendo tido alta a 12 de Agosto de 2011. Inicialmente o pedido tinha sido efectuado por um período de um mês, contudo, a D.<sup>a</sup> I. solicitou a prorrogação do mesmo durante mais 60 dias.

Durante a estadia do Sr. B. na referida instituição foram realizados programas de fisioterapia e enfermagem (treino de AVD's, treino de marcha, treino de equilíbrio, posicionamentos no leito e transferências), terapia ocupacional, animação sociocultural (através da expressão musical e exercícios de estimulação cognitiva).

A evolução da capacidade funcional do Sr. B. segundo a Escala de Barthel: aquando da sua admissão na Residência Montepio Montijo em Maio de 2011, revela um total de 30 valores e no momento da alta, totalizava 35 valores.

A 24 de Agosto de 2011 é admitido na Equipa de cuidados Continuados Integrados de [REDACTED] (ECCIP), onde esteve a receber cuidados de enfermagem de reabilitação até 26 de Novembro de 2011, altura em que passou a realizar programa de fisioterapia na Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED].



Reingressa novamente na ECCIP (RNCCI) no dia 30 de Outubro de 2012, onde actualmente permanece a realizar programa de enfermagem de reabilitação.

De referir que o Sr. B. foi novamente referenciado para uma Unidade de Média e Longa duração para novo período de descanso do cuidador. Aguarda vaga.

### **Exame neurológico que serviu de base ao programa de enfermagem de reabilitação realizado**

**Estado de consciência** – Acordado, com resposta á estimulação verbal e tátil, com Score 15 na Escala de Comas de Glasgow (ECG), com défices motores que serão abordados em detalhe ao longo da neuro avaliação.

**Estado de orientação** – O Sr. B. está orientado auto e alopsiquicamente, ou seja, está orientado em todas as referências no tempo, espaço e na pessoa. Quando questionado sobre o seu nome, idade, mês do ano e dia do mês e semana, bem como o local onde se encontrava respondeu acertada e prontamente.

**Atenção** – Capacidade de vigilância e tenacidade mantidas. O Sr. B. encontrava-se atento ao solicitado, sem se distrair com os estímulos externos. De referir que o exame foi realizado na cama do doente. A televisão estava ligada, mas foi retirado o som previamente à realização do mesmo.

Foi solicitado ao Sr. B. que executasse um movimento de extensão com o braço não lesado sempre que numa sequência de letras aleatórias ouvisse a letra **A** (D, B, **A**, J, L, M, **A**, I, Z, **A**), que prontamente acedeu sem erros e sem alterações temporais na resposta.

Concentração mantida. Foi realizado o teste formal para o cálculo mental, de subtracção consecutiva do número 7 a partir do número 100, tendo o Sr. B. respondido acertadamente às questões levantadas.

**Memória** – Não apresenta compromisso da memória.

Memória imediata- repetiu sem qualquer problema, a sequência de algarismos verbalizados pelo observador/examinador – 3,5 e 7, e mencionou as palavras – cão, pente e pássaro;

Memória recente – curto prazo – após 5´sensivelmente, repetiu as palavras acima referidas, quando durante uma conversa informal lhe foi pedido para as nomear.

Memória recente – longo prazo – quando questionado sobre qual teria sido o seu jantar no dia anterior, respondeu correctamente (sopa de legumes e uma banana como sobremesa). Resposta validada com a D.<sup>a</sup> I.

Memória remota – Foi solicitado ao doente para mencionar a data de casamento da sua filha. O Sr. B. referenciou o mês e o ano acertadamente (Junho 2005), mas teve dificuldade em especificar o dia. Quanto á sua data de nascimento, não teve dificuldade em referenciá-la (05 de Maio de 1941).

**Linguagem** - Não apresenta alterações da linguagem.

Apresenta discreto, quase imperceptível, desvio da comissura labial para a esquerda que não condiciona o discurso.

O discurso é espontâneo e fluente, sem entoações diferentes ao longo do mesmo. Não apresenta alterações significativas ao nível da linguagem automática, nomeação e repetição. Relativamente à compreensão não parecem existir dificuldades, o Sr. B. responde adequadamente a ordens verbais e escritas (simples ou mais complexas) e o diálogo é fluido e cuidadoso.

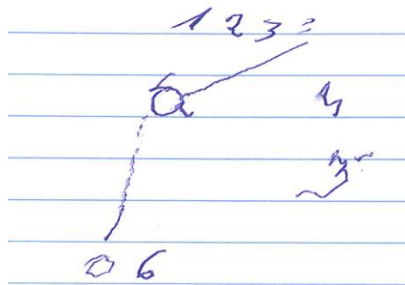
A leitura é dificultada pela presença de hemianopsia homónima esquerda, tendo o doente dificuldade em iniciar a leitura de um texto lateralizado à esquerda. Inicia a leitura a meio da página. O próprio Sr. B identifica a sua dificuldade e procura corrigir. Apresenta capacidade de escrita sem alterações, embora com alguma lentificação.

**Capacidades práticas** – Não foram identificadas alterações, embora o Sr. B, pela sua hemiparesia esquerda, apenas o tenha feito com a mão não lesada (direita).

**Negligência hemiespacial unilateral** – Evidência de presença de neglect á esquerda confirmada pela solicitação de prova de desenho espontâneo – Relógio.

Como se pode ver pelo objecto desenhado (figura nº.1) pelo Sr. B., os números e os ponteiros do relógio só foram contemplados á direita deste.

**Figura nº. 1**



**Relógio desenhado pelo Sr. B.**

### **Avaliação dos pares cranianos**

**I par – olfactivo:** foi feita a prova de dar a cheirar café, perfume e tabaco, em cada narina e de olhos fechados. O Sr. B. não foi capaz de identificar correctamente o que era, dizendo tratar-se de um “cheiro de cozinha” sic, identificando-se assim parosmia.

**II par – óptico:** apresenta alteração da acuidade visual bilateral, anterior ao AVC, usa óculos e refere não ter sentido agravamento da situação após a ocorrência do mesmo. Apresenta hemianopsia homónima esquerda;

**III par - motor ocular comum/ IV par – patético/ VI par – motor ocular externo:** não apresenta alterações no movimento de infraversão, superversão, adução, abdução e movimentos oblíquos de ambos os globos oculares. Sem nistagmo e com movimentos conjugados simétricos oculares bilateralmente (o Sr. B. segue o percurso do dedo quando se executam movimentos simples em forma de H). Apresenta isocoria e isoreactividade à luz. Diâmetro pupilar 6 mm, sem ptose palpebral.

**V par – trigémio :** sensibilidade da face: anestesia da hemiface esquerda, com anestesia dos três ramos do quinto nervo: ramo oftálmico, maxilar e mandibular (quando efectuada avaliação térmica com gelo e água quente, tátil com monofilamento de Semmes Weinstein e algica com agulha romba). Reflexo córneo palpebral presente (pestanejou) bilateralmente. Ao nível da avaliação motora do quinto nervo, não foram detectadas alterações na capacidade do doente para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente. Os movimentos de mastigação revelaram-se aparentemente simétricos.

**VII par – facial:** apresenta assimetria facial. Foram avaliados os movimentos e expressão facial, verificando-se que o sorrir e o franzir do sobrolho, com encerramento firme das pálpebras se revelavam assimétricos. Apresenta apagamento do sulco nasogeniano á esquerdo. Apresenta reconhecimento de sabores nos 2/3 anteriores da língua para doce (açúcar) e amargo (limão). Não foi feito o despiste do sabor salgado devido aos antecedentes pessoais de HTA.

**VIII par – estado acústico:** sem alterações da acuidade auditiva bilateralmente, numa zona próxima (0,5 m), com a descrição de som: bater palmas. Quando afastado o observador/ examinador (+- 4, 5 metros), o doente referiu que já não conseguia identificar o mesmo som, quando ainda este estava presente.

Quanto ao equilíbrio, este será discutido posteriormente.

Quando realizados os testes de Rinne e Weber com o recuso ao diapasão, o Sr. B. não conseguiu identificar bilateralmente a vibração na mastóide e no vértice do crâneo, pelo que se constatou existirem alterações na audição.

**IX par – Glossofaríngeo:** sem alterações do paladar para os sabores supra referidos.

**X par – Vago/pneumogástrico:** com reflexo de vômito e tosse mantidos, sem disfagia. Segundo a esposa, o Sr. B. apresenta um tom de voz mais rouco do que antes da ocorrência do AVC.

**XI par – Espinhal:** apresenta força do esternocleidomastoideu mantida bilateralmente, grau 4/5 na escala de força muscular de Lower e grau 1/5 na mesma escala, ao nível do trapézio à esquerda onde esboça discreta contração no músculo, não conseguindo elevar o ombro esquerdo.

**XII par – Grande hipoglosso –** Sem alterações dos movimentos da língua. Sem desvio da úvula, com desvio da língua para o lado lesado (esquerda).

### **Avaliação da motricidade**

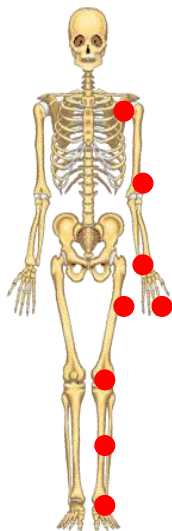
- **Força muscular**

Para fazer a avaliação da força muscular aplicou-se a escala de Lower dos segmentos distais para os proximais.

Apresenta força muscular mantida e avaliada em 4/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais do hemicorpo direito, incluindo os segmentos cabeça-pescoço.

Ao nível do hemicorpo esquerdo (lesado), identificado na figura nº. 2 com um círculo vermelho, é observada hemiparésia de predomínio braquial à esquerda, apresentado a seguinte avaliação em termos de força muscular:

Figura n.º 2



Esquema corporal representativo da hemiparésia apresentada no Sr. B.

**Hemicorpo lesado: Membro superior - 0/5 - não realiza contração e/ou o movimento** de flexão/extensão dos dedos; abdução/adução dos dedos/ oponência do polegar; **0/5 - não realiza contração e/ou o movimento** do punho- flexão palmar, dorsi-flexão/ desvio radial/cubital, circundação; **0/5 - não realiza contração e/ou o movimento do antebraço** - pronação/supinação, **2/5 há movimento do membro na base da cama, através do cotovelo**, mas não executa a flexão/extensão (**0/5 na escala de lower**); Art. Escápulo-umeral – flexão/extensão/ abdução/adução, **1/5 contração muscular sem movimento**; abdução, **2/5 realiza o movimento parcial do membro na base da cama**; rotação interna/externa, **0/5 nenhum movimento e/ou contração.**)

**Membro inferior – 1/5 contração muscular sem movimento** da extensão e flexão dos dedos; **0/5 - não realiza contração e/ou o movimento** de adução e abdução dos dedos; tíbio-társica – **1/5 contração muscular sem movimento** eversão/inversão,; Art. tíbio-társica - flexão plantar/dorsiflexão, **1/5 contração muscular sem movimento**; Joelho – flexão/extensão, **2/5 há movimento parcial do membro na base da cama**; Art. coxo-femural – abdução/ adução, flexão/extensão, **2/5 há movimento do membro na base da cama**; rotação interna/externa, **1/5 contração muscular sem movimento**. Apresenta movimentos isométricos quadricípites, glúteos e abdominais.

### Avaliação do tônus muscular

Foi utilizada a escala modificada de Ashworth. Assim sendo, verificou-se que O Sr. B. apresenta espasticidade no membro superior lesado, com um aumento marcante da consistência muscular ao nível do braço e antebraço do membro lesado, e dos dedos da mão lesada,

quando o membro é movido em extensão. Apresenta hipertonidade com sinal de “canivete suíço”, se assim o poderei dizer. Apresenta retracção dos músculos e tendões dos dedos da mão lesada. Foi atribuída a classificação de 2 pelo descrito.

Relativamente ao membro inferior lesado, foi atribuída a classificação de 1, por o doente apresentar um leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando o membro é mobilizado em flexão ou extensão.

### **Coordenação motora**

Apresenta alguma descoordenação motora no hemicorpo direito. Consegue completar a prova dedo-nariz de olhos abertos e fechados, a prova de indicação de Barany, e a prova calcanhar Joelho. De referir que o doente apresenta lentificação na realização das acções solicitadas. Algumas vezes o Sr. B. pareceu confuso ao movimentar o membro não lesado, sob comando, incluindo a discriminação entre direita e esquerda (não lesado e lesado). De acordo com a literatura consultada sobre o AVC, esta é uma característica típica dos doentes com lesão hemisférica direita.

### **Avaliação da sensibilidade**

**Sensibilidade superficial:** apresenta sensibilidade tátil (avaliada com o monofilamento de Semmes Weinstein), térmica (gelo e água quente) e dolorosa (agulha romba) mantidas ao nível do hemicorpo não/menos lesado. Relativamente ao hemicorpo lesado verificou-se que a sensibilidade tátil e térmica se encontravam abolidas ao nível de todos os segmentos, no entanto, para a sensibilidade dolorosa, esta estava presente aquando da pressão do leito ungueal dos dedos da mão e pé lesados.

**Sensibilidade profunda:** apresenta sensibilidade postural e vibratória mantida ao nível do hemicorpo direito não lesado/menos lesado e ausentes ao nível de todos os segmentos do hemicorpo lesado.



### **Avaliação do Equilíbrio**

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico, tanto sentado como em pé, contudo o equilíbrio dinâmico em pé ainda se encontra algo deficiente, pois durante a marcha há uma ligeira lateralização do tronco para o lado lesado, podendo esta também estar relacionada com a hemiparésia e com alterações da percepção.

### **Avaliação da Marcha**

Realiza marcha com supervisão, e com recurso a auxiliar adaptativo - tripé. Desloca-se também em cadeira de rodas conduzida por terceira pessoa - esposa. Apresenta alto risco de queda, avaliado em 65 na Escala de Morse.

### **Avaliação da função respiratória**

Pele e mucosas estão coradas e hidratadas. Saturação periférica de O<sub>2</sub> de 96%. Apresenta uma respiração mista com amplitude normal, de predomínio toraco abdominal. Eupneico com frequência respiratória que oscila entre os 15 e 17 ciclos por minuto. Na auscultação pulmonar apresenta um murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios bilateralmente.

### **Avaliação da função cardíaca**

Sem edemas. TA – 133/84 mmHg; P- 80 ppm. Apirético.

### **Avaliação da eliminação intestinal e vesical**

O Sr. B. antes da doença não apresentava alterações nesta AVD.

Actualmente o Sr. B usa fralda apesar de controlar os esfíncteres anal e vesical. Tem por hábito evacuar em dias alternados antes da higiene na casa de banho. Relativamente á eliminação vesical, o uso de fralda deve-se ao facto de facilitar a D.<sup>a</sup> I. aquando da prestação de cuidados ao seu marido, segundo os seus relatos, pois refere não conseguir levar o seu marido á casa de banho sempre que solicitado.

### **Avaliação da alimentação**

Sem alterações nesta AVD antes da doença. Presentemente necessita de ajuda parcial na alimentação para preparar o prato e fraccionar os alimentos. Sem disfagia.

### **Avaliação da higiene pessoal, vestuário e calçado**

Era independente nestas AVD. Presentemente necessita de ajuda total por falta de treino (higiene, vestuário e calçado).

A D.<sup>a</sup> I. manifesta cansaço físico e psicológico, e em consequência disso substitui em muito o Sr. B.

### **Avaliação do sono e repouso**

Dorme bem, sem necessidade de terapêutica.

### **Avaliação da escala de Barthel**

Actualmente apresenta um valor total de 35 valores.

No sentido de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta as necessidades identificadas foram planeadas as intervenções de enfermagem descritas no seguinte **plano de cuidados**.

Problemas identificados	Objectivos	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados/Avaliação
<b>Alteração da mobilidade relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC, manifestada por hemiparesia esquerda de predomínio braquial.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservar e recuperar a amplitude dos movimentos;</li> <li>- Preservar a flexibilidade,</li> <li>- Melhorar as habilidades motoras, onde se inclui a motricidade fina;</li> <li>- Manter a integridade das estruturas articulares;</li> <li>- Recuperar o equilíbrio dinâmico em pé sem o apoio do tripé;</li> <li>- Aumentar a força muscular;</li> <li>- Minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade (contracturas e/ou aderências).</li> <li>- Prevenir e/ou inibir a instalação de espasticidade e suas complicações;</li> <li>- Reeducar o mecanismo do reflexo postural;</li> <li>- Ensinar o que se pretende que se realize activamente;</li> <li>- Reeducar a imagem psico-sensorial e psico-motora,</li> <li>- Melhorar progressivamente a tolerância do Sr. B. ao esforço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar o Sr. B. pelo lado lesado (esquerdo);</li> <li>- Avaliar a motricidade;</li> <li>- Avaliar o tônus muscular, através da escala modificada de Ashworth;</li> <li>- Avaliar da força muscular através da escala de Lower;</li> <li>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação de como vai decorrer;</li> <li>- Pedir a colaboração do Sr. B., com a finalidade de o responsabilizar pela sua recuperação;</li> <li>- Proporcionar um ambiente calmo, isento de barulho;</li> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Realizar em cada contacto mobilizações passivas de todos os segmentos articulares, do membro superior lesado – esquerdo:</li> </ul> <p>dedos: flexão/extensão, abdução/adução, oposição do polegar; punho: flexão/extensão,</p>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a família/ cuidadora informal esteja devidamente instruída para substituir o Sr. B apenas quando for absolutamente necessário.</li> <li>- Que o Sr. B. melhore gradualmente a força muscular; e que seja preservada a amplitude dos seus movimentos;</li> <li>- Que o Sr. B. readquira o equilíbrio dinâmico na marcha sem o tripé e adquira uma postura adequada;</li> <li>- Que o Sr. B. reintegre cognitivamente o seu hemicorpo esquerdo.</li> </ul> <p><b>Ao longo dos contactos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica-se consentimento do Sr. B. aos exercícios propostos.</li> <li>- Demonstra interesse nas actividades, realizando-as sempre que lembrado;</li> <li>- Direciona o olhar para o lado lesado e procura estar atento às</li> </ul>

		<p>desvio radial/desvio cubital; antebraço: pronação/supinação; cotovelo: flexão /extensão; escapulo-umeral: flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa e de alguns segmentos articulares do membro inferior lesado (extensão/flexão, adução/abdução dos dedos; eversão/inversão e flexão plantar/dorsiflexão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar em cada contacto mobilizações activas assistidas dos restantes segmentos do membro inferior lesado – esquerdo, joelho: flexão/extensão; coxo-femural: flexão/extensão, adução/adução, rotação externa/interna.</li> <li>- Realizar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal do doente;</li> <li>- Estimular o doente a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a readquirir o esquema corporal e a promover o engrama motor;</li> <li>- Incentivar em cada contacto, o</li> </ul>	<p>mobilizações. Contudo, ainda é necessário relembrá-lo pontualmente para tal facto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem sido preservada a amplitude articular dos 4 membros;</li> <li>- Tem sido dada continuidade ao plano de enfermagem de reabilitação estabelecido (uma ou duas vezes por semana, ou quinzenalmente);</li> <li>- Referenciado em Novembro de 2012 para a RNCCI para descanso do cuidador (D.<sup>a</sup> I.);</li> <li>- Encontra-se deitado no leito em todos os contactos.</li> </ul> <p><b>07/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoje apresentou fasciculações no MI lesado quando deambulou do quarto até á sala.</li> </ul> <p><b>12/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessita de algum estímulo verbal para realizar a flexão das articulações do joelho e coxo femural do MI lesado quando deambula com o apoio do tripé;</li> <li>- Executa a técnica do levante com indicação verbal dos passos a adoptar para a execução do mesmo;</li> </ul>
--	--	--	---

		<p>Sr. B. a realizar mobilizações activas e activas resistidas de todos os segmentos articulares do hemicorpo não lesado – direito (ao nível do membro superior com recurso a um peso de 1 kg – pacote de arroz, e ao nível do membro inferior com resistência efectuada manualmente pela enfermeira;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Utilizar predominantemente instruções verbais ao invés de gestos.</li><li>- Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</li><li>- Ensinar e estimular a realização de exercícios de fortalecimento muscular das coxas, glúteos com exercícios isométricos e exercícios activos (flexão dos joelhos quando sentado na cama e pés apoiados no chão, até chegar com os mesmos á palma da mão da enfermeira; adução e abdução das articulações coxo-femorais, agachamentos com apoio do tripé, treino de passagem da posição de pé á posição ortostática, com inclinação do tronco para a frente com o apoio dos pés no chão.);</li><li>- Efectuar o levante diário para a</li></ul>	<p>- Deambulou do quarto até á sala - +- 4 metros, onde estava a cadeira de rodas. Ficou sentado, com mesa de trabalho devidamente posicionada dado ser hora de almoço.</p> <p><b>12/11/2012</b></p> <p>- No final do contacto foi solicitado o Sr. B. como “trabalho de casa” que separasse com a mão não lesada leguminosas - grão de feijão, que se encontravam previamente misturados numa tijela e que procedesse á contagem de cada uma das leguminosas isoladamente. Desta feita, a estimulação cognitiva, a atenção e a concentração também eram assim reeducadas.</p> <p><b>16/11/2012</b></p> <p>- Realizou as actividades terapêuticas no leito, com maior dificuldade aquando do rolamento para o lado são, necessitando de ajuda para o concretizar.</p> <p>- Executou a flexão do joelho de forma eficaz dentro das suas limitações rotulianas, sem fazer o arrastamento do pé lesado no</p>
--	--	--	--

		<p>cadeira de rodas;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recorrer às técnicas de facilitação cruzada;</li><li>- Realizar treino de marcha diário, com recurso a dispositivo auxiliar de marcha - tripé em cada contacto, com supervisão e em piso regular;</li><li>- Realizar treino de marcha em piso irregular e contorno de obstáculos, na rua.</li><li>- Proceder ao ensino de subir e descer o lancil da rua da praceta junto á sua casa; (subir - 1º o pé são no lancil e depois trazer o pé lesado para junto do primeiro; descer – 1º o pé lesado e em seguida o pé são para o mesmo degrau);</li><li>- Incentivar a D.<sup>a</sup> I. a dar continuidade ao treino de marcha diariamente;</li><li>- Efectuar posicionamentos com alternância de decúbitos de forma a manter a integridade cutânea e promover conforto ao doente, dando ênfase aos posicionamentos que contrariam o padrão espástico;</li><li>- Ensinar e treinar alternâncias de decúbito e posicionamento em padrão anti espástico com o Sr. B</li></ul>	<p>chão.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Necessita de reforço verbal positivo para não se encostar às ombreiras das portas e/ ou paredes das assoalhadas do domicílio;</li><li>- Durante o levante necessita de auxílio para fazer a elevação do tronco do leito e posteriormente, para exteriorizar os MI's para fora do mesmo.</li></ul> <p><b>23/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O levante foi moroso (passagem da posição de sentado para a posição ortostática) referindo o Sr. B. que tal facto se deve ao peso do braço lesado. Após ser apoiado o antebraço e cotovelo lesados, o doente ergueu-se com mais facilidade. Sugerida a utilização do suporte de apoio do membro lesado que o doente possui, mas não o utiliza.</li><li>- Deambulou do quarto até ao portão da sua casa, +- 15 metros, tendo como obstáculos uma rampa de 4 metros e o único tapete decorativo em casa, á entrada da porta da rua (colocado nos dias de chuva), com apoio do tripé e sob supervisão, aliado a</li></ul>
--	--	--	--

		<p>e a D.<sup>a</sup> I.;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar calçado adequado (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) de forma a facilitar o treino de carga;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa;</li> <li>- Ensinar sobre a importância de realização de actividades terapêuticas na cama (exercícios de lateralização dos MI's, contralateral à lateralização da cabeça-pescoço ao invés da ponte uma vez que evita a manobra de valsalva dados os antecedentes de AVC hemorrágico do Sr. B., e o rolamento para ambos os lados alternadamente);</li> <li>- Treinar e ajuda parcial na realização de actividades terapêuticas no leito (lateralização dos MI's com toalha dobrada entre os joelhos, para contrariar a tendência que o Sr. B apresenta para a rotação externa do MI lesado; carga sobre o cotovelo lesado com ajuda para controlo e apoio da cintura escapular, rolamento para ambos os lados) ;</li> <li>- Incorporar aos exercícios supra</li> </ul>	<p>reforço positivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentou algum cansaço que acentua a inclinação do tronco do Sr. B. para o lado lesado, após curto período de descanso na cadeira de rodas, realizou novamente treino de marcha sobre piso irregular – calçada portuguesa.</li> <li>- Não conseguiu subir o lancil da rua, devido á falta de eficácia na flexão do joelho lesado;</li> <li>- Foi levado ao café da praça de sua casa, em cadeira de rodas por manifestar esse desejo.</li> </ul> <p><b>30/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém a lentidão na passagem da posição de sentado para a posição ortostática. Houve necessidade de apoiar o antebraço e cotovelo lesados.</li> <li>- Realizou exercícios de fortalecimento muscular no leito com mobilizações activas assistidas e activas-resistidas – apresenta ainda rotação externa da coxa direita que não consegue corrigir espontaneamente;</li> <li>-Reavaliação da motricidade (sem alterações).</li> </ul>
--	--	---	---



		<p>referidos a dissociação dos tempos respiratórios;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino com ajuda parcial no levantar, quer da cama, quer da cadeira de rodas;</li> <li>- Proceder aos registos de actividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação do Sr. B.</li> </ul>	<p><b>Próximos contactos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferência do peso do corpo do MI lesado para o não lesado;</li> <li>- Correção postural em frente ao espelho;</li> <li>- Treino de marcha com treino de competências para subir e descer a rampa e o lancil.</li> </ul>
<p><b>Défi ce no auto cuidado relacionada com a hemiparésia esquerda de predomínio barquial, conseq uente da lesão neurológica decorrente do AVC manifestado por dependência funcional ao nível:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Higiene;</b></li> <li>➤ <b>Vestir/despir;</b></li> <li>➤ <b>Calçar-se;</b></li> <li>➤ <b>Uso dos sanitários</b></li> <li>➤ <b>Alimentação</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover higiene, conforto e sensação de bem estar ao Sr. B.;</li> <li>- Estimular o doente na realização das actividades de vida diária;</li> <li>- Incentivar a autonomia do Sr. B. nas AVD's referenciadas,</li> <li>- Incentivar a D.ªI. a colaborar na realização das AVD's do Sr. B. e não a "substitui-lo".</li> <li>- Promover a reeducação funcional sensório motora (treino da motricidade fina, preensão, do equilíbrio sentado ou em pé, coordenação motora, mobilizações activas), a coordenação, a mobilização activa e activa assistida, a facilitação cruzada, a atenção;</li> <li>- Aumentar a auto-estima do Sr. B. e sentimento de ser útil e autónomo.</li> <li>- Promover a estimulação</li> </ul>	<p><b>Validar os seguintes ensin os com a D.ª I. e o Sr. B.</b></p> <p><b>Higiene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantir que a cadeira sanitária se encontra no poliban e devidamente travada;</li> <li>- Ajudar o Sr. B. na transferência para o poliban é fundamental, esta deve ser efectuada primeiro pelo lado não afectado;</li> <li>- Temperar a água (1º água fria e gradualmente introduzir a água quente) com o lado não afectado, evitando lesões.</li> <li>- Incentivar o Sr. B. a lavar-se onde os seus movimentos com o lado não afectado o permitirem, promovendo a autonomia;</li> <li>- Incentivar o Sr. B a pentear-se;</li> <li>- Deve ter os produtos de higiene necessários, à disposição e de fácil acesso;</li> </ul>	<p><b>Ao longo dos contactos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. B. apresenta integridade cutânea;</li> <li>- Mantidas unhas dos pés e das mãos curtas e sem encravamento, para evitar lesões, sobretudo ao nível do hemicorpo lesado;</li> <li>- O doente mantém-se dependente nas actividades de vida diária, apesar de se crer que poderia ser menos dependente;</li> <li>- O Sr. B. é dextro pelo que leva os alimentos à boca com autonomia.</li> <li>- Consegue alimentar-se sozinho, sendo autónomo na condução dos alimentos à boca, só necessita de ajuda para fraccionar os alimentos e preparar o prato.</li> <li>- Apresenta alguma lentidão nos</li> </ul>

	sensitivo-cognitiva do Sr. B.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover a utilização das ajudas técnicas sempre que possível:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Barras de apoio no poliban;</li><li>✓ Tapete anti-deslizante;</li><li>✓ Cadeira sanitária;</li><li>✓ Escova ou esponja com cabo comprido;</li></ul></li><li>- Nomear as partes do corpo do Sr. B. tocadas e identificar o respectivo plano sagital (dto, não lesado/esq/lesado) para facilitar a reintegração do esquema corporal;</li><li>- Proporcionar a possibilidade do Sr. B. se ver ao espelho;</li><li>- Ter particular atenção à higiene oral (lavar os dentes e estimular a bochecha do lado lesado com as cerdas da escova de forma suave; e bochechar com água para tirar a pasta de dentes excedentária), unhas e pele;</li><li>- Desfazer a barba com recurso a máquina de barbear;</li><li>- Solicitar à D<sup>a</sup>. I. realização de actividades terapêuticas com ajuda por parte do doente (rolamento para ambos os lados ) – que a prestação de cuidados perineais na cama, permitem fazer;</li></ul>	<p>movimentos.</p> <p><b>16/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizada intervenção educacional à D.<sup>a</sup> I., relativa às actividades de vida diária. Esta compreende a importância de tais ensinamentos para garantir a autonomia do seu marido, mas revela que prefere ser ela a fazê-lo devido à morosidade que o mesmo apresenta na execução das tarefas.</li></ul> <p><b>21/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- A D.I. mostra-se renitente e pouco motivada em promover a autonomia do Sr. B nas referidas actividades de vida diária, é ela e as ajudantes familiares que as asseguram.</li></ul>
--	-------------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar e explicar à D.<sup>a</sup> I. a importância da realização de massagem de conforto e alívio de pressão e estimulação sensorial;</li></ul> <p><b>Vestir/despir e calçar-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pedir colaboração ao Sr. S. para a escolha diária da roupa a vestir;</li><li>- Utilizar vestuário prático e adaptado à temperatura ambiente;</li><li>- Utilizar calçado adequado (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) de forma a facilitar o treino de carga;</li><li>- Ter em conta a seguinte ordem aquando do vestir e despir:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Meias, roupa interior, calças, e sapatos;</li><li>✓ Roupa interior, blusa ou camisola e casaco.</li></ul></li><li>- Colocar todo o vestuário à disposição e pela ordem acima mencionada, de forma a ser de fácil acesso;</li><li>- Para calçar meias e sapatos, flectir uma perna sobre a outra, em posição sentado;</li><li>- Para vestir calças, utilizar a mesma técnica, vestindo primeiro</li></ul>	
--	--	---	--

		<p>a perna do lado lesado. Para remover o vestuário, despir primeiro o lado não lesado;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Para vestir blusas, camisolas ou casacos, vestir primeiro o lado lesado. Para remover o vestuário, despir primeiro o lado não lesado.</li><li>- Utilizar técnicas que permitam ao Sr. B. alguma autonomia:</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Calçadeira de cabo comprido para calçar;</li><li>✓ Preferir roupa e calçado com velcro, aos fechos de correr, botões e atacadores;</li><li>✓ Preferir camisas abertas à frente, a camisolas ou blusas;</li><li>✓ Preferir calças de elástico a calças com botões ou fechos de correr.</li></ul> <p><b>Uso dos sanitários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar a integridade da pele;</li><li>- Trocar sempre que necessário o material de protecção – fralda para evitar lesões de humidade.</li><li>- Avaliar as características e quantidade das fezes e da urina eliminadas.</li><li>- Comunicar à enfermeira qualquer alteração detectada.</li></ul> <p><b>Alimentação:</b></p>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar um momento da refeição calmo;</li> <li>- Providenciar uma superfície estável para a refeição;</li> <li>- Abordar sempre que possível o Sr. B pelo lado afectado;</li> <li>- Posicionar o Sr. B. em padrão anti espástico quando sentado na CR;</li> <li>- Prevenir acidentes (proporcionar alimentos a temperaturas tépidas)</li> <li>- Estimular a sensibilidade da hemiface lesada (utilizar palhinha para ingerir líquidos)</li> <li>- Certificar que o Sr. B. vê os alimentos e os objectos que deve manusear, colocando-o nos lugares adequados (lateralizados à esquerda) para minimizar efeitos da hemianopsia e do neglect.</li> </ul>	
<p><b>Alteração da sensibilidade superficial e postural relacionada a ocorrência do AVC, manifestada por anestesia táctil, térmica (água quente e gelo) e sensibilidade profunda ao nível do hemicorpo lesado (esquerdo).</b></p>	<p>- Estimular a sensibilidade superficial e proprioceptiva do Sr. B.;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os objectivos do programa de reabilitação ao Sr. B e a forma como pode colaborar nos mesmos;</li> <li>- Monitorizar a sensibilidade superficial e profunda;</li> <li>- Estimular o Sr. B a visualizar atentamente os exercícios realizados e a pensar no seu movimento, de forma a promover o engrama motor e a estimular a</li> </ul>	<p><b>Em todos os contactos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faz levante para a CR diariamente;</li> <li>- Durante as mobilizações não refere dor;</li> </ul> <p><b>12/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizou as actividades terapêuticas no leito, com maior dificuldade aquando do rolamento para o lado são, necessitando de ajuda para o concretizar;</li> </ul>

		<p>propriocepção do esquema corporal no padrão mental;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Executar o programa de exercícios preconizados para o Sr. B. através de movimentos passivos, activos, activos assistidos e resistidos para manutenção da amplitude e mobilidade articular, estimulação da sensibilidade superficial e profunda e aumento da força muscular;</li><li>- Fazer levantar para a CR diariamente;</li><li>- Explicar à D.<sup>a</sup> I. a importância da massagem de conforto após a higiene e sempre que é realizada a alternância de decúbitos (favorece a estimulação sensorial), de forma a envolvê-la na continuidade do cuidados inerentes ao programa de reabilitação;</li><li>- Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</li><li>- Posicionar nos vários decúbitos, contrariando o padrão espástico ;</li><li>- Ensinar, treinar e encorajar a realização de actividades terapêuticas:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Rolamento para ambos os lados (Identificar sempre o</li></ul></li></ul>	<p><b>16/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Necessita de indicação verbal dos passos a adoptar para a execução das actividades terapêuticas no leito;</li></ul> <p><b>30/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O Sr. B. apresenta abolição da sensibilidade superficial (táctil e térmica);</li></ul>
--	--	--	--

		<p>lado para onde o doente vai rolar )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimular a sensibilidade superficial e postural (a carga previne a instalação da espasticidade)</li> </ul>	
<p><b>Alteração do equilíbrio postural dinâmico em pé sem tripé (deficiente), relacionado com o AVC manifestado por lateralização do tronco para o lado lesado.</b></p>	<p>- Melhorar/readquirir o equilíbrio postural dinâmico em pé sem tripé, de uma forma gradativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar previamente o procedimento ao Sr. B.;</li> <li>- Fazer levante diariamente;</li> <li>- Despistar alterações hemodinâmicas decorrentes do levante;</li> <li>- Proceder á correcção postural do Sr. B. em frente ao espelho de forma a melhorar o seu equilíbrio postural dinâmico em pé;</li> <li>- Vigiar o posicionamento dos pés (devido à ausência de sensibilidade superficial e profunda ao nível do hemicorpo lesado);</li> <li>- Utilizar calçado adequado (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) de forma a facilitar o treino de carga;</li> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Efectuar a correcção postural em frente ao espelho;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa;</li> <li>- Proceder aos registos de</li> </ul>	<p><b>16/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza os exercícios com boa tolerância.</li> </ul> <p><b>30/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O equilíbrio dinâmico em pé, sem tripé ainda está débil.</li> </ul>



		atividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da doente.	
<b>Risco de ocorrência de novo AVC.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir o risco de ocorrência de AVC,</li> <li>- Manter os valores tensionais normalizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar à D.<sup>a</sup> I. a continuidade da avaliação da tensão arterial e do seu respectivo registo;</li> <li>- Recomendar à D.<sup>a</sup> I. que comunique quaisquer alterações verificadas aquando da avaliação da tensão arterial;</li> <li>- Articular com o médico assistente para alteração da terapêutica, se necessário;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em todos os contactos foi avaliada a TA do Sr. B. que esteve sempre dentro dos parâmetros normais.</li> </ul>
<b>Risco de úlcera de pressão relacionado com a imobilidade no leito e alteração da sensibilidade superficial e profunda do hemicorpo esquerdo (lesado)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter a integridade cutânea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar risco de úlcera de pressão, semanalmente usando a Escala de Braden.</li> <li>- Explicar ao Sr. B. e à D.<sup>a</sup> I. a importância da alternância de decúbitos em padrão anti-espástico, da ingestão proteica e da hidratação adequadas na prevenção de úlceras;</li> <li>- Manter a pele e mucosas limpas e hidratadas;</li> <li>- Utilizar dispositivos auxiliares de alívio de pressão (almofadas de conforto, almofada de gel);</li> <li>- Manter o dispositivo de protecção - fralda, limpo e seco;</li> <li>- Massajar e hidratar a pele com</li> </ul>	<p><b>Ao longo dos contactos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. B. faz levante diariamente, bem como treino de marcha, supervisionado pela D.<sup>a</sup> I.;</li> <li>- Colocada diariamente, almofada de gel na CR e superfície de trabalho para prevenir zonas de pressão;</li> <li>- Têm sido gradualmente adoptadas, por parte da D.<sup>a</sup> I. as almofadas de conforto, para o posicionamento do doente em padrão anti espástico;</li> <li>- Integridade da pele mantida;</li> <li>- Totaliza um valor de 17 na escala de Braden (baixo risco), que não sofreu alterações no</li> </ul>

		<p>creme hidratante e/ou regenerador em áreas de risco (proeminências ósseas);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar alterações cutâneas;</li> <li>- Promover o levante do doente diariamente.</li> </ul>	decorrer do ensino clínico.
<p><b>Risco de queda relacionado com anagnosia decorrente da lesão neurológica.</b></p>	<p>- Evitar a ocorrência de quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplicar a escala de Morse</li> <li>- Avaliar a habitação para identificar condições facilitadoras de queda;</li> <li>- Validar as medidas de segurança a serem adoptadas pela D.<sup>a</sup> I. para prevenir quedas e consequentes lesões;</li> <li>- Colocar mesa de apoio quando o Sr. B está sentado na CR;</li> <li>- Alertar para o facto de que na presença de produtos nocivos, O Sr. B. não vai ser capaz de os identificar, tais como, tintas, detergentes, fumos em ambientes fechados, devido á existência de parosmia.</li> </ul>	<p><b>Ao longo dos contactos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Score da Escala de Morse- 65 (Alto Risco);</li> </ul> <p><b>07/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A D.<sup>a</sup> I. reconhece a existência de tapetes como um fator facilitador de quedas, pelo que adoptou por os retirar desde a ocorrência do AVC;</li> <li>- A esposa do Sr. B. reconhece o risco de queda. É ela que supervisiona e apoia o marido na marcha, mas a sua idade e estatura e problemas osteoarticulares não oferecem segurança, pelo contrário acresce o risco de caírem os dois.</li> <li>- A D.<sup>a</sup> I. coloca o tripé e a CR noutra assoalhada sempre que por algum motivo se ausenta de casa. Tem o cuidado de deitar o Sr. B. na cama e eleva as grades da cama.</li> </ul>
<p><b>Cansaço da cuidadora informal relacionada com a sobrecarga</b></p>	<p>- Apoiar psicologicamente a D.<sup>a</sup> I. para que esta se sinta melhor e</p>	<p>- Proporcionar oportunidades para que a D.<sup>a</sup> I. expresse os</p>	<p><b>Resultados esperados:</b></p>

<p>física e psicológica para cuidar do marido manifestado por discurso depressivo:</p> <p><i>“Oh Sr.<sup>a</sup> enfermeira acha que isto é qualidade de vida? Nem para ele nem para mim!”, “Eu já não aguento! Estou exausta.”</i></p>	<p>mais estável emocionalmente.</p>	<p>seus sentimentos, tristezas e preocupações;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter um ambiente calmo, relaxado, transmitindo uma atitude de não crítica e ouvir atentamente;</li> <li>- Demonstrar disponibilidade e utilizar escuta activa;</li> <li>- Reforçar o poder e a esperança à D.<sup>a</sup> I. assegurando a sua importância como pessoa, enfatizando as suas forças e não as fraquezas e elogiar a sua conduta enquanto prestadora de cuidados;</li> <li>- Promover o humor saudável;</li> <li>- Encaminhar a D.<sup>a</sup> I. para a psicóloga da ECCI de forma a garantir suporte, se necessário;</li> <li>- Incentivar a cuidadora a realizar e a adoptar medidas preventivas para o seu bem-estar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a cuidadora informal se sinta menos sobrecarregada física e psicologicamente.</li> <li>- Que a cuidadora se sinta apoiada e consiga redescobrir os recursos psíquicos internos para fazer face a este problema e vivenciá-lo da melhor forma possível;</li> </ul> <p><b>Ao longo dos contactos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A D.<sup>a</sup> I. articula-se com a IPSS local desde a ocorrência do AVC do Sr. B. para obter recursos comunitários para a realização da higiene 2 vezes/dia com a finalidade de minimizar a sua sobrecarga enquanto cuidadora;</li> </ul> <p><b>12/11/2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A D.<sup>a</sup> I. foi a uma excursão a Fátima durante o fim-de-semana, tendo – se mostrado hoje mais risonha;</li> <li>- Tem participado nas actividades da Igreja local, nomeadamente no arranjo das flores, todas as 6.<sup>as</sup> feiras;</li> </ul>
---	-------------------------------------	---	--

			<b>16/11/2012</b> - A D. <sup>a</sup> I. inscreveu novamente o Sr <sup>o</sup> . B. na RNCCI para descanso do cuidador.
--	--	--	--

Apêndice V c) - Registos de Aprendizagem dos diferentes  
contextos do Ensino Clínico 3



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Ensino Clínico – Registo de aprendizagem**

**Serviço de Neurologia - UAVC**

**Promoção da mobilidade**

**Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com AVC, como suporte para a alta**

**Elaborado por:**

**Carmen Borralho – aluna n.º 3944**

**Orientadora:**

**Docente Vanda Marques Pinto**

**Lisboa - Fevereiro - 2013**

*Carmen Borralho*

***Actividades desenvolvidas ao longo das sete semanas de ensino clínico***

***(02 de Janeiro a 18 de Fevereiro de 2013)***

O projecto de estágio realizado no decurso do semestre anterior tem como temática a ***“Promoção da mobilidade: Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com AVC, como suporte para a alta hospitalar”***, por forma a facilitar a adaptação destes dois protagonistas à sua nova condição aquando do regresso ao domicílio, após a ocorrência do evento – AVC. Desta feita, terminou o seu percurso de ensino clínico com uma incursão em contexto hospitalar, onde as pessoas em processo de doença que acompanhou, foram vítimas de um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Aquando da realização do seu trabalho de projecto fez-lhe todo o sentido prestar cuidados à pessoa com AVC durante todo o seu percurso de doença, desde a ocorrência do evento (fase aguda) até à fase de sequelas e compreender o processo de reabilitação que lhe é inerente, pelo que estabeleceu objectivos em vários contextos da prática clínica, que clarificassem a temática em questão.

Tendo em conta o referido, para assegurar o cumprimento do mesmo propôs-se realizar um ensino clínico no Serviço de Especialidades Médicas (SEM) do [REDACTED] – Serviço de Neurologia e Unidade de AVC (UAVC).

Para operacionalizar este percurso delineou um período temporal de 7 semanas, de 02 de Janeiro a 18 de Fevereiro do corrente ano.

A observação participativa, nos primeiros 3 dias de estágio, do único Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EER) no serviço, o Enfermeiro [REDACTED], seu supervisor, constituiu sem dúvida uma mais-valia para o seu processo de aprendizagem, pois permitiu-lhe toda uma partilha e observação das intervenções de reabilitação realizadas àquele grupo de pessoas especificamente, e seus familiares cuidadores, bem como a relação por si estabelecida com os diferentes profissionais especializados.

O EER integra apenas a equipa de enfermagem no período da manhã do SEM, durante a semana.

A restante equipa de enfermagem tem formação básica em conceitos de reabilitação, ministrada pelo enfermeiro [REDACTED], por forma a assegurar a continuidade de alguns cuidados na área da reabilitação à pessoa com AVC, aquando da sua ausência. Este tipo de formação



está englobado num projecto desenvolvido em contexto de formação em serviço, e no âmbito do projecto do enfermeiro [REDACTED], "REABILITA MAIS". Este consiste em, durante 20', após a passagem de turno, na primeira ou segunda semana de cada mês do ano, abordar um tema (posicionamentos da pessoa com AVC – posicionamentos terapêuticos em padrão anti espástico, transferências, mobilizações, massagem terapêutica, entre outros) que permita aos colegas rever e/ou melhorar procedimentos de actuação, aquando da prestação de cuidados aos doentes com AVC.

O projecto supra referido é composto por duas componentes – uma teórica, já descrita, complementada por uma prática, a formação individual **“on the job”**. De acordo com os autores Thassanabanjong *et. al.*<sup>67</sup> (2009) e Sarwar, *et. al.*, (2011)<sup>68</sup>, este método de formação permite transmitir conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências e atitudes, incrementar confiança nos indivíduos treinados e permitir uma melhor compreensão ao nível do desempenho das tarefas.

A nível nacional o AVC é a primeira causa de morte e de dependência. (LEAL, 2001)<sup>69</sup>. Para a mesma autora *“a tendência demográfica no nosso país caminha no sentido do envelhecimento da população, pelo que, é preocupante a prevalência dos AVC’s”* (2001, p.131).

Para Ferro<sup>70</sup> (2006) os AVC’s constituem uma das patologias neurológicas agudas mais comuns, sendo também uma das causas mais frequentes de internamento em contexto hospitalar. É portanto, para o mesmo autor, considerado um problema grave de saúde pública em Portugal alertando-nos para o facto dos doentes com AVC agudo serem *“referenciados de imediato para uma Urgência Hospitalar. Quando exista, devem ser internados numa unidade especialmente dedicada: Unidade de AVC”* (2006,p.84).

No que reporta à tipologia das Unidades Cérebro Vasculares, estas podem ser de três tipos, segundo informação verbal, disponibilizada pela Enfermeira [REDACTED], coordenadora da UAVC do SEM: - Unidade Tipo A, em que a abordagem pode ser a 3 níveis: trombólise

<sup>67</sup> Thassanabanjong, K., Miller, P & Marchant, T. (2009) - Training in thai SMEs. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, vol. 16, nº 4, pp. 678 – 693

<sup>68</sup> Sarwar, S., Azhar, M. S. & Akhtar, N. (2011) - Impact of training patterns upon the social relations of employees (a meta-analysis). *Journal of Management Research*, vol. 3, n.º 2, pp. 1- 21

<sup>69</sup> Leal, F.(2001) - Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral. In: Padilha, A., et al - *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: FORMASAU, 2001. ISBN 972-8485-18-2. P.129-151.

<sup>70</sup> Ferro, J. (2006) – Acidentes vasculares Cerebrais. In: Ferro, J. Pimentel, J.- *NEUROLOGIA: Princípios, Diagnósticos e Tratamento*. Lisboa: LIDEL. ISBN:978-972-757-368-4. P:77-87.

endovenosa; trombólise endovascular (excisão do coagulo através de abordagem mecânica) e cuidados sistematizados. Conta com as especialidades de Neurocirurgia e Neurorradiologia de intervenção; - Unidade tipo B, com cuidados sistematizados e trombólise endovenosa. Nesta a presença física do especialista em Neurologia nas 24 horas é mandatária e onde se inclui a UAVC onde estagiou; - Unidade tipo C com cuidados sistematizados, as quais consistem em abordagens não invasivas, com total benefício para as pessoas vítimas de AVC em fase aguda, incidindo essencialmente numa intervenção de enfermagem que passa pela monitorização de sinais vitais; avaliação neurológica, prevenção de complicações, na qual o papel do EER é determinante.

O SEM integra três especialidades distintas, sendo elas a Oncologia, Nefrologia e Neurologia. Especificamente, em relação a esta última, conta com a Unidade de AVC (UAVC) e enfermaria, com quatro e oito vagas, respectivamente.

Geograficamente, o SEM encontra-se distribuído em 3 pisos. No piso 0 situa-se o hospital dia, que conta com os serviços administrativos, o gabinete do coordenador clínico do serviço, e um gabinete médico, onde decorre semanalmente a reunião multidisciplinar; no piso 1, situam-se os exames complementares de neurologia (electroencefalografia, electromiografia e ecodoppler carotídeo) e finalmente no piso 3, situa-se o serviço de internamento de neurologia e a UAVC.

Na enfermaria de neurologia são admitidos doentes com diversas patologias do foro neurológico. No que concerne à pessoa com AVC e que está internada na enfermaria, pode ser proveniente, do Serviço de Urgência (SUG), Unidade de AVC (UAVC) ou de outros serviços de internamento do Hospital.

Relativamente à UAVC, que se encontra afecta ao SEM, foram estabelecidos critérios de admissão. Assim, após contacto com o Neurologista responsável da Unidade, serão aceites os doentes nas seguintes condições:

**Crítérios de admissão:**

- Diagnóstico clínico de AVC, com exame imagiológico concordante com a clínica, confirmado pelo Neurologista.

Serão considerados prioritários os seguintes casos:

- AVC hemorrágico em doentes com idade inferior a 45 anos;
- AVC isquémico em doentes com idade inferior a 65 anos.

**Critérios de não admissão:**

- Necessidade de ventilação invasiva;
- Doente em coma;
- Doentes cujo prognóstico vital imediato seja desfavorável;
- Doentes com comorbilidades médicas ou cirúrgicas não controladas;
- Doentes com intercorrência infecciosa aguda no momento da proposta de transferência;
- Doente com disfunção cognitiva prévia grave conhecida.

Os critérios supra mencionados servem de orientação geral e deverão ser, sempre que possível, respeitados como regra. Excepcionalmente, poderão ser admitidos doentes que neles não se integrem, desde que acordado com o Responsável pela Unidade.

O SEM tem como Coordenador Clínico o Doutor [REDACTED], Neurologista e como Coordenadora de Enfermagem, a Enfermeira [REDACTED]. Esta conta com o apoio da Enfermeira [REDACTED], enfermeira especialista em médico-cirúrgica, no que diz respeito à coordenação da UAVC.

Na UAVC são internados doentes de ambos os sexos com patologia cérebro vascular. As quatro camas encontram-se dispostas de ambos os lados da unidade, viradas para o centro, por forma a permitir a visualização permanente da monitorização eléctrica e hemodinâmica dos doentes internados. Conta ainda, com uma zona de trabalho onde são realizados todos os registos da equipa da unidade referentes ao doente. Cada unidade do doente é composta por uma cama; uma mesa de apoio; uma mesa-de-cabeceira; e um cadeirão; um monitor multiparâmetros e todo o material clínico necessário à prestação de cuidados.

A referenciação à UAVC dos doentes dá-se pela Via Verde AVC, suportada pelo procedimento de encaminhamento de doentes da instituição hospitalar. A demora média de internamento em 2011 de doentes com AVC na UAVC é de 4 dias, verificando-se o mesmo valor no ano de 2012, de acordo com dados fornecidos pela enfermeira [REDACTED].

Importa referir que nesta Unidade, é utilizada diariamente pelos clínicos e pelos enfermeiros da equipa da UAVC, em todos os turnos aos doentes internados, a escala do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (ver ANEXO I).

A escala NIHSS é num instrumento que permite uma avaliação quantitativa da severidade e magnitude dos défices neurológicos após o AVC, tal como na determinação do tratamento mais apropriado e na previsão do prognóstico do doente (National Institute of Health, 2010)<sup>71</sup>. Baseia-se em 11 itens do exame neurológico que são comumente afetados pelo AVC, sendo eles: o nível de consciência, o desvio ocular, a paresia facial, a linguagem, a fala, a negligência/extinção, a função motora e sensitiva dos membros e a ataxia. Foi desenvolvida para ser aplicada rapidamente (5 – 8 minutos), no contexto do tratamento de doentes com AVC agudo, cuja pontuação varia do 0 (sem evidência de défice neurológico) a 42 (paciente em coma).

A NIHSS tem tido uma importância significativa na determinação do prognóstico dos doentes com AVC, a curto e a longo prazo, permitindo não só, um efectivo planeamento de cuidados, bem como uma uniformização da linguagem entre os diferentes profissionais. Atualmente, o treinamento e a certificação podem ser obtidos online pelo site <http://strokeassociation.org/nihss>.

Teve a oportunidade de observar a sua aplicação por parte do enfermeiro [REDACTED], bem como conjuntamente com este de a aplicar aos doentes a seu cuidado, constituindo uma mais-valia na sua aprendizagem, pois permitiu-lhe realizar uma avaliação neurológica de enfermagem prévia ao estabelecimento de um programa de reabilitação individual daquele a quem se dirigiam os seus cuidados de enfermagem especializados.

Constatou que após a observação da TAC CE, realização da avaliação neurológica do doente com escala de NIHSS e avaliação dos critérios para realização de trombólise por parte do clínico, é por ele definido qual a abordagem terapêutica a instituir. A realização da trombólise é efectuada na UAVC, pelo médico e enfermeiro, fazendo parte do protocolo o doente estar algaliado, entubado nasogastricamente e apresentar dois acessos venosos periféricos canalizados antes do tratamento.

---

<sup>71</sup> National Institute of Health (2010) - National Institute of Health Stroke Scale International. United States of America. [em linha]. Acedido em Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.nihstrokescale.org/portuguese.shtml>

A trombólise apenas é indicada nos AVC's isquémicos, pois tal como refere Ferro *"o único tratamento eficaz no AVC isquémico é a trombólise por via endovenosa com rtPA realizada até 3 horas após início do quadro clínico"* (2006, p.84).

Preconiza-se o início da intervenção do EER o mais precocemente possível após a trombólise. Esta afirmação é corroborada pelo mesmo autor, quando refere que *"a reabilitação motora deve ser iniciada precocemente"* (Ferro,2006,p.85).

O objectivo major da actuação célere do EER visa desenvolver na pessoa vítima de AVC capacidades com as quais ela possa minimizar as suas limitações, adaptando o seu modo de viver a uma nova realidade, garantindo assim uma melhor qualidade de vida. Visa igualmente a valorização das potencialidades existentes, com a finalidade de permitir, a máxima inserção possível da pessoa na vida social e familiar, com ou sem recurso à utilização de ajudas técnicas ou produtos de apoio.

A família não é envolvida nesta fase inicial de tratamento (trombólise), podendo no entanto, se assim o desejar, logo que o doente se encontra estabilizado neurológica, eléctrica e hemodinamicamente, visitá-lo por forma a diminuir o nível de ansiedade de ambos. Desta feita, é-lhe realizado o acolhimento, conhece a equipa que se encontra presente e são disponibilizadas algumas informações pertinentes no momento, caso estes se encontrem receptivos (nomeadamente no que reporta: aos horários de visitas, sendo estes das 14h30 às 15h30 para 2 pessoas e das 19h às 20h para 1 pessoa; material de higiene, vestuário e calçado, necessário para a estadia na unidade; previsão de internamento. É facultada informação conjuntamente com o médico, acerca da situação clínica de doença do seu familiar doente. São esclarecidas as dúvidas que poderão surgir, e caso seja oportuno, realizada a colheita de dados por forma a integrar e conhecer o doente admitido e família).

Desde este momento que é iniciado o processo de preparação para a alta, sendo abordado este tema com a família, e indagado sobre quem recai o papel de familiar cuidador. Aqui o papel do EER é preponderante, pois pela globalidade da interferência do AVC na vida das pessoas, é essencial a sua intervenção na vivência desta transição, ou seja, na passagem de um estado a outro, no que concerne à reacquirição de um equilíbrio agora perdido, na procura de uma nova identidade (Meleis, et al, 2000)<sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances In Nursing Science*. 23(1). (2000).

Torna-se imperiosa uma intervenção precoce do EER, integrando o doente e respectiva família nos cuidados, levando-os a uma compreensão o mais correcta possível acerca da doença; da importância de minimizar os factores de risco e/ou complicações; da adesão terapêutica e da pertinência de todo o processo de reabilitação efectuada pelo enfermeiro especialista durante o internamento e após a alta, tendo em vista a promoção da autonomia e reintegração do doente no seio da família e comunidade.

Destaca o processo educativo como uma das principais intervenções do Enfermeiro [REDACTED], junto da pessoa com AVC e seus familiares cuidadores, ao qual deu continuidade durante o decorrer do ensino clínico.

Numa fase inicial é facultado ao familiar cuidador o “Manual do cuidador do doente com AVC”, que aborda os pontos-chave referidos no parágrafo anterior, pois de acordo com Petronilho<sup>73</sup> (p. 159, 2007) a informação escrita “*contribui para melhorar os seus conhecimentos e capacidades e responder, assim de forma adequada aos desafios de saúde em contexto familiar. A informação escrita constitui, também, um recurso valioso para clarificar algumas dúvidas que possam surgir enquanto estão sozinhos*”. É dado enfoque aos pontos 5, 13 e 16 do Manual, que correspondem, respectivamente a: como prevenir o AVC?, Como ajudar na reabilitação da pessoa que sofreu um AVC? E, como prevenir quedas em casa?

Foi com agrado que constatou o contributo do enfermeiro Zeferino, na gestão e optimização da relação de prestação de cuidados, tanto para a pessoa dependente como para o seu familiar cuidador, com o intuito de promover um adequado proveito do cuidar no domicílio.

No Código Deontológico do Enfermeiro, o artigo 89º - Da humanização dos cuidados, na alínea b), clarifica o dever do enfermeiro de “*contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” (Nunes, Amaral & Gonçalves, p.141, 2005)<sup>74</sup>. Com isto em mente, foi sua “preocupação” promover a autonomia do doente e familiar cuidador. Cada pequeno progresso foi valorizado! E os mais pequenos resultados foram acolhidos como grandes êxitos.

<sup>73</sup> Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-91-7.

<sup>74</sup> Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R.(2005) – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.

Aquando da entrega do referido Manual, o EER negocia com o doente e família o plano de intervenção individual a implementar durante o internamento hospitalar, ficando agendada uma reunião com o intuito de dotar os familiares cuidadores de competências e conhecimentos que lhes permitam ajudar o seu familiar dependente.

Durante o programa educativo, composto por uma componente teórica e outra prática, são facultadas sessões, de cerca de 30 a 40 m, a cada familiar individualmente, cujo cenário de ensino decorre na unidade do doente.

Os ensinamentos são programados, sistematizados e realizados envolvendo os familiares cuidadores numa participação activa, sendo que o processo ensino-aprendizagem incide em três momentos distintos: ensinar, instruir e treinar.

De acordo com a ICN/CIPE, versão 1.0 (2006, p. 137)<sup>75</sup>, aqueles tipos de acção definem-se da seguinte forma: “*ensinar – acção de informar com as características específicas: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém*” (...), “*instruir – acção de ensinar com as características específicas: fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa*” (...), e “*treinar – acção de instruir com as características específicas: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa*”.

O tipo de intervenção descrito, vai ao encontro do referido por Sequeira<sup>76</sup> (2007, p. 107) quando afirma que “*um apoio ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador oportunidades para um melhor desempenho*”.

Constatou que os **ensinos** são centrados na aquisição de saberes e saber fazer, através de um processo sistematizado, com particular incidência na informação, quer de aspectos de natureza teórica, quer de aspectos de natureza mais técnica, tal como defende Petronilho (2007). Para o mesmo autor, o processo de ensino-aprendizagem deve contemplar os três momentos supra descritos, o ensino, a instrução e o treino.

Assim à semelhança da actuação do EER no SEM; o primeiro momento compreende a cedência de informações, apenas com base, numa componente teórica; um segundo momento, em que o enfermeiro comportando-se como um modelo e o cuidador como observador,

<sup>75</sup> International Council of Nurses- ICN (2006) – *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) – versão 1.0*. Genebra. 210 p. ISBN:92-95040-36-8.

<sup>76</sup> Sequeira, C. (2007) – *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. 1ª edição. Quarteto.



centra-se na explicação e demonstração de técnicas; e o terceiro momento em que o cuidador executa as intervenções a realizar e o enfermeiro supervisiona e esclarece dúvidas.

Young e Forster (2007)<sup>77</sup> corroboram a ideia de Petronilho, quando referem a partir de uma revisão sistemática da literatura, que o fornecimento passivo de informação, por exemplo sob a forma de folhetos informativos não estava associado a resultados positivos no processo de reabilitação da pessoa com AVC, enquanto que as abordagens activas de teor educativo sob, por exemplo, a forma de uma tutoria do desempenho dos cuidadores junto aos seus familiares, poderiam ser bastante mais efectivas na perspectiva da qualidade dos cuidados prestados.

Por forma a validar a eficácia dos ensinios realizados em contexto hospitalar, esclarecer dúvidas e registar sugestões, é realizado um *follow – up*<sup>78</sup> através de uma consulta telefónica, como intervenção de enfermagem de reabilitação ao doente com AVC e família, sete dias após a alta hospitalar. Importa referir que os familiares cuidadores têm conhecimento prévio da realização do *follow-up*.

A consulta telefónica consiste na realização de uma entrevista informal, não estruturada, tendo por base um instrumento de recolha de dados implementado no serviço, em Outubro de 2012, resultado do trabalho académico de uma aluna do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação de uma das Escolas de Enfermagem a nível Nacional.

Os sete dias preconizados prendem-se com o período temporal em que ocorreu o ensino clínico da colega. Assim, considerou que mantinha a mesma estratégia uma vez que estava igualmente sujeita a limitações temporais académicas, às quais tinha que dar resposta.

Tendo em conta o exposto, teve a oportunidade de realizar o *follow-up* a 10 dos 14 familiares cuidadores, que estiveram em função dos seus cuidados/processo educativo durante o internamento do seu familiar doente. Os quatro restantes familiares não atenderam o telefone, mesmo após nova tentativa de contacto em dias consequentes.

<sup>77</sup> Young, J. & Forster, A. (2007) – Rehabilitation after stroke. *British Medical Journal*. 13, 334.(Jan.2007). p. 86-90.

<sup>78</sup> **Follow-up** é uma palavra do idioma inglês que significa continuação, acompanhamento, seguimento, supervisão, fiscalização ou verificação. De forma mais ampla, podemos considerar que se trata da comunicação que envolve a monitorização de objectivos e metas pré estabelecidas. Acedido em 2013-03-01. Disponível em: <http://www.thefreedictionary.com/follow-up>

Ao analisar as opiniões dos inquiridos face ao papel dos ensinamentos como meio de apoio à melhoria da prestação dos cuidados à pessoa com AVC no domicílio, verificou que os 10 familiares cuidadores referiram ser “*bastante importantes*” e “*muito úteis*”. Deste modo, transcreve os testemunhos de duas inquiridas;

- “*Agradeço a disponibilidade demonstrada para connosco no internamento, e a preocupação na preparação do regresso a casa da minha sobrinha... O manual que me deram, tem sido para mim uma bíblia...*”;
- “*Os ensinamentos que nos fizeram e os apontamentos que fui fazendo ao longo das vossas aulas são consultados todos os dias para aferir alguns pormenores. Sabe Sr.<sup>a</sup> enfermeira, só me questiono: se vocês da reabilitação não me tivessem proporcionado aqueles momentos de aprendizagem, se eu teria sido elucidada pelos outros enfermeiros, sobre as dificuldades com que me ia deparar quando o meu pai viesse para casa...Eu estava perdida e vocês dissiparam muitas das minhas dúvidas.*”

Considera que estes testemunhos são motivadores, para o EER do SEM, no sentido de continuar a dedicar-se a uma área de intervenção voltada para o suporte da alta hospitalar, aliviando o processo de sofrimento, medo, dúvidas e angústias dos familiares cuidadores ao serem confrontados com um papel para o qual não se encontram de todo preparados.

Ainda, durante o ensino clínico, assistiu a duas reuniões da equipa multidisciplinar<sup>79</sup>, que decorrem semanalmente à 3.<sup>a</sup> feira, no piso 0, onde é abordado todo o plano de intervenção; terapêutico, de reabilitação e alta hospitalar dos doentes da especialidade de Neurologia internados no SEM.

Fazem parte integrante daquela equipa o EER, a enfermeira chefe, a enfermeira coordenadora da UAVC; os clínicos - neurologistas; a assistente social, não havendo no entanto participação do doente ou familiar cuidador.

---

<sup>79</sup> Para Hesbeen (2003), uma equipa multidisciplinar designa um grupo de profissionais com especificidades distintas, cuja missão de todos os intervenientes é a de ajudar a pessoa incapacitada, bem como dos seus próximos, a criar uma maneira de viver detentora de sentido para si mesma e que seja compatível com a sua situação, independentemente das suas condições físicas e da natureza da sua incapacidade. Estes profissionais, com acção interdisciplinar, ou seja, baseados na complementaridade das suas acções, oferecem ao outro os meios de que dispõem para que ele possa encontrar - ou reencontrar - o equilíbrio, no caminho que tenha escolhido prosseguir ou ao longo do qual deverá caminhar. Assim, para o referido autor, uma equipa multidisciplinar deve estar imbuída de uma acção interdisciplinar. Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-43-6.

Mais uma vez a intervenção do EER nesta reunião se revela preponderante, sendo discutida a sua intervenção especializada com a restante equipa, nomeadamente no que reporta à reeducação das alterações sensório –motoras e cognitivas dos doentes. É neste momento discutida a alta do doente (domicílio ou as diferentes tipologias existentes na RNCCI, tendo em conta os défices apresentados pelo doente), a qual também dependerá da avaliação feita pelo EER.

No decurso da reunião são visualizados os exames complementares de diagnóstico realizados, com a participação dos diferentes Neurologistas, planeadas e/ ou reajustadas intervenções terapêuticas e traçados objectivos.

A envolvimento da família, as competências que detêm para cuidar com proveito do seu familiar em situação de dependência no regresso a casa, as dificuldades sentidas e o local de retorno do doente aquando a alta, é também discutido em reunião de equipa, tomando todos os profissionais conhecimento da situação familiar e social do doente internado. Este conhecimento visa a preparação para a alta eficaz e atempada, mobilizando os recursos necessários para a mesma.

Ressalva a pertinência deste momento de partilha de informação, estabelecimento de objectivos, diagnósticos, planeamento de estratégias de intervenção e avaliação de resultados como uma mais-valia para a actuação do enfermeiro de reabilitação, constituindo para si um momento de grande aprendizagem e reflexão, onde articulou muitos saberes com a prática clínica.

Ao assistir às reuniões, interveio durante as mesmas, alertando para alterações no estado de saúde dos doentes, e/ou necessidades da família/familiar cuidador.

Detectou também problemas no seio de algumas famílias a quem prestou cuidados, que necessitaram da intervenção da assistente social, tendo por isso promovido o seu encaminhamento.

Ao realizar todas estas actividades demonstrou capacidade de “ *assumir, como membro de uma equipa multiprofissional a promoção dos cuidados e uma visão integradora dos contributos dos diferentes profissionais*” (Gândara, p. 2, 2012) <sup>80</sup> desempenhando também funções como enfermeira especialista ao “ *responsabilizar-se pela área de enfermagem nas equipas profissionais, no que diz respeito ao diagnóstico*

---

<sup>80</sup> Gândara, Manuela (Coordenador da Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação) (2012). *Estágio com Relatório. Documento Orientador*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes” (Decreto-Lei 437/91 alínea d) do nº3 do artigo 7º)<sup>81</sup>.

As actividades desenvolvidas neste percurso de aprendizagem, contribuíram para adquirir as competências requeridas como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

O Perito, o enfermeiro [REDACTED], foi, ao longo das sete semanas de Ensino Clínico uma presença determinante e marcante para si, no percurso ensino – aprendizagem. As suas intervenções diárias junto da equipa de saúde, e mais especificamente junto do doente com AVC na fase aguda do evento e família, permitiram consolidar a importância do enfermeiro especialista de Reabilitação como cuidador, como educador, como recurso.

Através da observação, do acompanhamento, da discussão permanente de condutas de intervenção do enfermeiro especialista, do aprender a fazer, do tomar iniciativas, de reformular intervenções, de inovar e apelar á criatividade, permitiu-lhe identificar o papel do enfermeiro especialista de reabilitação, em contexto hospitalar, na fase aguda. Desta feita, considera-o com um papel activo e imprescindível, sempre receptivo à imprevisibilidade inerente à profissão.

Ao longo do ensino clínico, procurou fundamentar e articular os cuidados especializados prestados aos doentes com os conhecimentos adquiridos durante as unidades curriculares. Procurou igualmente analisar as situações específicas de cada doente com rigor e objectividade, com base nos pressupostos científicos. Procedeu a recolha de informação criteriosa, utilizando todas as fontes disponíveis (processo do doente, equipa multidisciplinar, o doente, a família).

Teve sempre em consideração as necessidades específicas de cada doente planeando as intervenções em tempo útil, de acordo com os pressupostos teóricos e as indicações do enfermeiro supervisor.

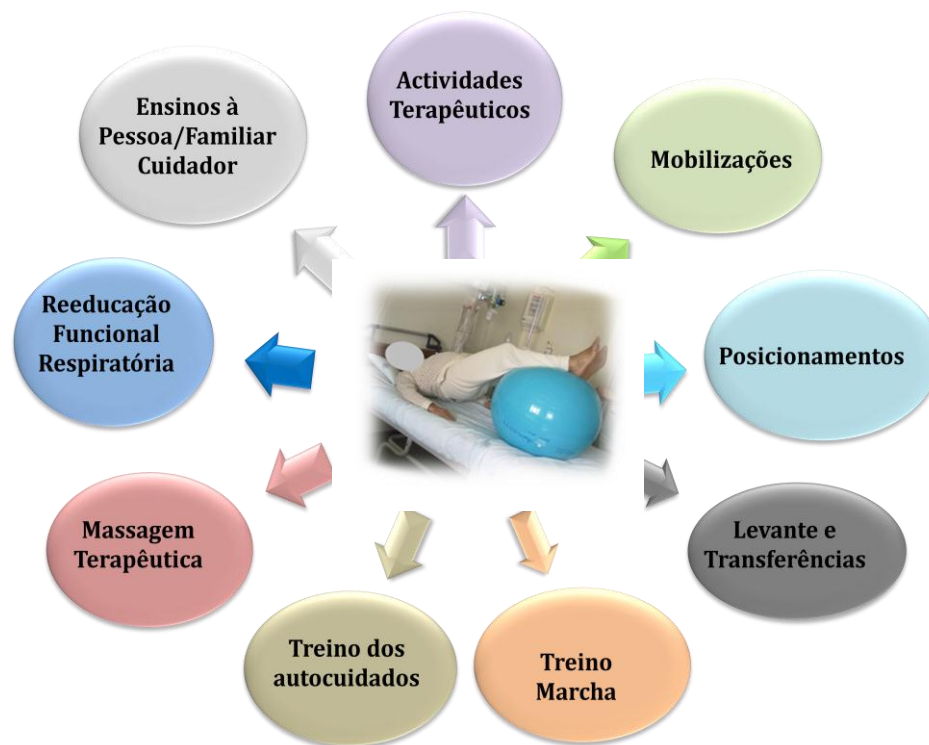
---

<sup>81</sup> Regulamento n.º 437/1991. *Diário da República I-A Série* 257 (1991-11-08) 5723-5741.

Considera que geriu o tempo disponível tendo em conta o planeamento das intervenções e a definição de prioridades, o que lhe permitiu prestar cuidados especializados a um maior número de doentes com complexidade crescente. Em consequência considera ter adquirido maior confiança e autonomia no desempenho da sua prática.

Pôs em prática, com os doentes a quem prestou cuidados, exercícios no âmbito da reabilitação respiratória e sensório motora, contudo, com maior enfoque nesta última, como sejam, a realização de mobilizações (exercícios musculo articulares) passivas, activas assistidos, activas resistidos (manualmente, com resistência efectuada por si, e com recurso à utilização de manguitos de ginásio de 1Kg, para fortalecimento muscular). Realizou treino do equilíbrio estático e dinâmico, com os doentes sentados, e em pé (com e sem recurso, a bola suíça e a um suporte estável – andarilho ou tripé/ quadripé quando em posição ortostática) e treino de marcha, transferência do peso do corpo de um membro inferior para outro, posicionamentos em padrão anti-espástico, correcções posturais utilizando o espelho quadriculado, treino de AVD's, entre outros, tal como ilustra a figura n.º 1. De referir, que a título de exemplo, se encontra em apêndice um plano de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação realizado a um dos doentes a quem prestou cuidados durante a sua incursão no SEM, e que traduz algumas das experiências vivenciadas (APÊNDICE I).

**Figura n.º 1** – Exercícios realizados no âmbito da reabilitação da pessoa com AVC no decorrer do ensino clínico



Outra acção realizada no âmbito da reabilitação sensório motora foi a reeducação da motricidade fina, através de acções didáticas, como por exemplo, pedir ao doente para separar tampas de plástico (material reciclável) de diversas cores, texturas e dimensões, que se encontravam previamente misturados numa caixa (actividade por si implementada no SEM), tal como exemplifica a figura n.º 2. A esta

estratégia era solicitada em simultâneo a contagem de cada uma das pequenas peças isoladamente. Desta feita, a estimulação cognitiva, a atenção e a concentração também eram assim reeducadas.

**Figura n.º 2 – Reeducação da motricidade fina**



OE (2010, p.2)<sup>82</sup>, o termo AVD's refere-se ao conjunto de actividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham diariamente, de forma autónoma e rotineira, podendo ser subdivididas em, actividades básicas de vida diária (ABVD), onde se incluem *a alimentação, a higiene pessoal, a locomoção, o vestuário, a transferência e o controlo da eliminação vesical e intestinal/uso de sanitários*; e as actividades instrumentais de vida diária (AIVD), e que se referem á capacidade da pessoa para gerir o seu meio envolvente, e que englobam, a

<sup>82</sup> Ordem do Enfermeiros (2010). Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - *Parecer n.º12/2011* [em linha]. 2010-09-18. Parecer sobre Actividades de vida diária. Portugal. Acedido em 2012-06-12. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)



*preparação de refeições, gestão monetária, realização das tarefas domésticas, lavar roupa, utilizar o telefone e os meios de transporte, tomar a medicação e fazer as compras.*

A mobilidade está envolvida na vida de relação entre as pessoas e o meio ambiente, logo, nas tarefas mais básicas do quotidiano, sendo fundamental para o desenvolvimento das AVD's e consequentemente para garantir a autonomia das pessoas relativamente ao seu autocuidado. Assim, através da elaboração de um programa de reabilitação individualizado foi dado enfoque ao treino das AVD's como se pode ver através das figuras n.ºs 3, 4, 5 e 6.

**Figura n.º 3 – Treino de AVD, higiene**



**Figura n.º 4 - Treino de AVD, higiene**



**Figura n.º 5 - Treino de AVD, alimentação**



**Figura n.º 6 - Treino de AVD, vestir/despir**



Relativamente ao autocuidado, vestir/ despir, implementei no SEM um busto de treino dessa actividade de vida, como se pode ver através da ilustração n.º 6, que permite á pessoa com limitações da mobilidade manusear diversos tipos de acessórios, por norma existentes no vestuário masculino e feminino. Fazem parte, botões de diversas dimensões, fita de velcro, molas, fecho, laço, um cinto e a parte posterior de um soutien, para treino da destreza do abotoar dos colchetes.

Enaltece o “Cantinho da Reabilitação”, nome dado á sala dos arrumos do material de apoio técnico á prática de enfermagem de reabilitação, que o enfermeiro [REDACTED] construiu com toda a sua dedicação. Do mesmo constam, o bastão para os exercícios de apoio a reeducação funcional respiratória, o espelho quadriculado, a bola suíça, bolas de diversos tamanhos, calçadeira de cabo comprido, apanhador

de objectos de cabo comprido, cadeiras de rodas, andarilhos, apoio unilateral, tripés e quadripé, pedaleira, entre outros, os quais foram amplamente utilizados.

No mesmo espaço, destaca ainda, a existência de diversos pares de ténis (masculinos e femininos), que servem de apoio aos doentes durante a realização dos exercícios de reabilitação, e que permanecem em sua posse durante todo o internamento ou até a família disponibilizar os do próprio doente. De forma a prevenir as infecções nosocomiais, é tida em consideração a utilização de equipamento de protecção individual descartável entre doentes, como se de meias se tratasse, e sempre que necessário, os ténis sofrem um processo de lavagem.

Com o objectivo de adquirir competências pedagógicas, nomeadamente em áreas de relevância para o âmbito da especialidade, procurou ao longo do ensino clínico, participar em actividades de formação. Assim, deu continuidade ao projecto do Enfermeiro [REDACTED], no âmbito da formação em serviço - “REABILITA MAIS” com um tema que ainda não tinha sido abordado, A paralisia facial e a pessoa com AVC, que decorreu nos dias 11, 13 e 15 de Fevereiro do corrente ano (Apêndice II).

Teve em consideração a prévia comunicação á equipa da sua intenção, tendo afixado na sala de enfermagem, o plano de sessão sobre a formação, uma semana antes da mesma ocorrer (Apêndice III).

Na sequência da temática supra referida, elaborou um Poster em A3, que foi afixado no SEM, com o tema “Paralisia facial” e um panfleto dirigido ao familiar cuidador, como informação escrita a anexar ao “Manual do cuidador do doente com AVC”. A divulgação dos mesmos foi realizada durante as passagens de turno, após o término da formação em serviço (Apêndice IV).

Ainda no âmbito da aquisição de competências pedagógicas, o enfermeiro [REDACTED] propôs-lhe a apresentação de uma conferência no Centro Hospitalar [REDACTED] sobre a intervenção educacional do enfermeiro especialista em reabilitação ao familiar cuidador da pessoa com AVC, em contexto hospitalar (fase aguda) e em contexto domiciliário, tendo em conta os seus dois contextos clínicos de aprendizagem (ACES [REDACTED] - Serviço de Neurologia), a qual anuiu.

No seguimento da apresentação consideraram interessante convidar a Enf.<sup>a</sup> [REDACTED], sua supervisora no ensino clínico no contexto domiciliário, no sentido dar visibilidade ao excelente trabalho que desempenha no âmbito da continuidade de cuidados ao doente com

AVC e mostrar a sua realidade. Alguns dos objectivos da conferência consistiam, na partilha de experiências interinstitucionais entre os enfermeiros de reabilitação sobre o tema desenvolvido, bem como na criação de uma sólida comunicação para a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação interinstituições.

Desta feita, a conferência foi previamente divulgada pelo serviço de formação (ANEXO III), tendo-se realizado no dia 18/02/2013 das 14h30 às 16h30 (Apêndice V). Dados mais precisos sobre a avaliação da conferência e certificado da mesma, serão posteriormente apresentados em relatório de estágio, uma vez que aguardam emissão do serviço de formação da instituição hospitalar.

Ao longo do ensino clínico procurou contribuir para a coesão dos seus pares e estimular o empenho dos mesmos na aquisição de competências com enfoque na reabilitação do doente com AVC. Para tal recorreu á formação “on the job” informal, não programada, elencada na prática do cuidar, e que consistia em corrigir individualmente algumas atitudes que apresentavam algumas desvantagens para os doentes em termos de reabilitação. Exemplo disso, são o posicionamento dos doentes com AVC, em padrão terapêutico anti-espástico ao invés dos tradicionais posicionamentos de conforto, as transferências dos doentes, da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, entre outros.

Realizou também um portfólio, onde colocou todos os artigos científicos pertinentes relacionados com a “Terapia do Espelho”, o qual intitulou de **“Espelho meu, espelho meu...”**. Este portfólio surgiu como complemento à técnica por si implementada no SEM, documentada na figura n.º 7. Foi sua pretensão que a terapia do espelho contribuisse significativamente, em associação com as demais técnicas existentes, na reabilitação de pessoas com alterações motoras, cognitivas e emocionais após um AVC.

**Figura n.º 6 – Implementação da terapia do espelho na UAVC**



A terapia do espelho consiste num dispositivo de forma triangular, revestido por uma calha externa em alumínio, onde de um dos lados encaixa uma superfície opaca e na outra, uma superfície revestida a espelho, com as seguintes dimensões; 60 cm de comprimento, 50 cm de altura.

Pretende-se que o membro superior plégico ou parético do doente com AVC se posicione dentro do triângulo (não tocando na área circundada por este) por trás do espelho, e o membro menos lesado, em frente ao espelho, reflectindo assim a imagem do membro. É solicitado ao doente que realize vários movimentos (por exemplo, movimentos de extensão/ flexão do segmento distal da mão, de preensão, tarefas de alcance, entre outros) visualizando-os através do espelho. São solicitadas um número de repetições para cada movimento com períodos de descanso, tendo em conta a tolerância do doente, com uma duração de 20 a 30 minutos.

A terapia do espelho, baseia-se, sumariamente, no efeito causado pelo feedback visual em áreas corticais sensório motoras do córtex pré-frontal, devido ao sistema de neurónios espelho, activados quer quando um individuo executa uma acção motora, quer quando apenas

observa alguém a executá-la. (Buccino, et al, 2004; Rizzolatti & Craighero, 2004)<sup>83</sup>. Outro dos mecanismos subjacentes à eficácia desta técnica será provavelmente consequência da neuroplasticidade.

A evidência científica revela que a técnica apresenta eficácia na recuperação da função motora, mas nem sempre traduzida em ganhos na realização das AVD's.

O método de trabalho utilizado no SEM é o método individualizado por enfermeiro responsável, ficando o EER responsável pelos cuidados de reabilitação aos doentes internados quer na UAVC, quer na enfermaria, aos quais seja necessária a sua intervenção.

No que reporta ao padrão de documentação de registo dos doentes, este consiste no Sistema informatizado de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE, através da linguagem CIPE. No [REDACTED] já se encontram parametrizadas neste sistema as intervenções específicas do Enfermeiro de Reabilitação

Concomitantemente à aplicação da escala de NHISS são aplicados instrumentos de avaliação de risco pela equipa de enfermagem, nomeadamente, avaliação do risco de quedas - Escala de Morse; avaliação da dor; avaliação de úlceras de pressão - escala de Braden, as quais fazem parte dos padrões de qualidade definidos para o hospital.

O EER regista ainda a sua avaliação do doente com AVC utilizando a escala modificada de Barthel, (em dois momentos distintos: no 1º dia de internamento e no dia da alta hospitalar) uma vez este documento permite dar visibilidade ao papel do EER no seio da equipa, no que concerne aos ganhos para a saúde dos doentes com acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação na fase aguda, após um AVC.

A envolvimento da familiar cuidador do doente com AVC nos cuidados é efectivamente tida em linha de conta o mais precocemente possível na UAVC, pela equipa multidisciplinar, nomeadamente pelo EER por forma a promover de forma célere a sua autonomia, a sua reinserção na família e comunidade garantindo um regresso a casa revestido de um cariz mais harmonioso.

---

<sup>83</sup> Rizzolatti, G. e Craighero (2004). The mirror neuron system. In: *Ann Rev. Neurosci.* Vol.27, pp. 169-192

Buccino G., et al (2004a). Neural circuits involved in the recognition of actions performed by nonconspicuous: an FMRI study. In: *J Cogn Neurosci*, vol.16, n.º 1, pp. 114-126.

Buccino G., et al (2004b). Neural circuits underlying imitation learning of hand actions: an event related FMRI study. In: *Neuron*, vol. n.º 42, pp. 323-334.

No que reporta à articulação entre o EER da UAVC e o EER/equipa de enfermagem de outros contextos de cuidados, esta não é realizada. Existe sim informação assegurada pela realização da nota de alta, a qual compila toda a informação promotora da continuidade dos cuidados de enfermagem. No entanto, esta continuidade é apenas assegurada, pelo que pude observar, pela realização e envio da carta de alta.

Perante este facto, não poderá deixar de ser tido em linha de conta que cerca de 50% dos doentes da UAVC retornam ao domicílio tornando-se imprescindível a articulação com a equipa da unidade de saúde da comunidade à qual o doente e família pertencem, visando a continuidade de cuidados de reabilitação. Como nos diz Almeida, et al, <sup>84</sup>*“a transição para o domicílio fica muito facilitada quando existe informação precisa e adequada disponível”*, pois desta forma o enfermeiro em contexto comunitário poderá garantir assim *“uma continuidade de cuidados de melhor qualidade ao doente e família”* (2005, p.28). Para Jesus, Silva e Andrade<sup>85</sup> a continuidade de cuidados consiste na *“transição real e eficaz do utente, da instituição de saúde onde está internado para casa”* (2005, p.27) e é fundamental para o êxito dos cuidados em contexto domiciliário.

Ao longo do ensino clínico teve a oportunidade de assistir a uma reunião do grupo GIRO (Grupo de Intervenção em Reabilitação Operacional) que decorre mensalmente no [REDACTED]. Este grupo foi fundado a 05/12/2011 por iniciativa do enfermeiro [REDACTED], com vista á aproximação dos EER dos diferentes serviços do centro hospitalar e á partilha de experiências entre si, dando visibilidade ao trabalho que executam.

No seguimento da reunião decorrida e dos temas abordados e desenvolvidos durante a mesma, foi manifestado o interesse por parte de todos os elementos integrantes na sua inclusão no grupo. Dessa forma, doravante, passará a fazer parte do GIRO, no âmbito da especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Tendo em conta o elevado número de doentes internados que poderão desenvolver quadros de insuficiência respiratória pela patologia inerente (asma, doença pulmonar obstrutiva crónica) bem como dificuldades / incapacidades que a mesma acarreta, esta, gera por vezes nos

<sup>84</sup> Almeida, A. C., et al (2005) – Transição do Doente dependente para a família. In: *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 62 (Setembro 2005). P. 26-31.

<sup>85</sup> Jesus, C., SILVA, C., ANDRADE, F. (2005) - Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. In: *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-0844. Nº59 (Março 2005). P.25-28



doentes ansiedade, limitando-os na realização de determinadas actividades de vida. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel fulcral no que concerne ao acompanhamento destes doentes no sentido de detectar e actuar precocemente perante alterações na situação de saúde, bem como ajudá-los na promoção da sua autonomia e bem-estar indo assim ao encontro de Urden, Stacy & Lough (2008, p. 670)<sup>86</sup>, quando afirmam que “o enfermeiro tem um papel significativo na optimização da ventilação proporcionando conforto e apoio emocional, e mantendo a vigilância de complicações”.

Ciente da importância que adquire o conhecimento derivado da investigação, da experiência, e da correcta interpretação dos dados na qualidade dos cuidados, advoga também, que o EER deve fundamentar as suas decisões clínicas numa verdadeira prática baseada na evidência. Neste sentido, assistiu a uma Conferência no CHS, HSB, prelectada pela Docente [REDACTED], da Escola Superior [REDACTED], intitulada, “Intervenções dos enfermeiros a pessoas portadoras de doença pulmonar obstrutiva crónica no âmbito da reabilitação: Uma revisão sistemática da literatura”, no dia 30 de Janeiro de 2013. O certificado da mesma, será posteriormente apresentado em relatório de estágio, uma vez que aguarda emissão do serviço de formação da instituição hospitalar.

A mesma revelou-se importante na consolidação de conhecimentos, na medida em que constatou que a evidência revela que a intervenção do EER àquele grupo de doentes específicos, recai sobre a melhoria no desempenho das AVD’S, na diminuição da intensidade da dispneia, na diminuição da percentagem de consultas, na diminuição da desvantagem sentida pelo doente, bem como na melhoria da sua qualidade de vida e no aumento do grau de conhecimento da doença.

Em síntese, considera que este último contacto prático com a enfermagem de reabilitação, tornou-se facilitador para a sua aprendizagem, pois a compreensão da intervenção do EER encontra-se mais estruturada e assente numa base teórica mais sustentada.

A sua incursão neste contexto de cuidados constituiu uma experiência de grande aprendizagem, pois considera que adquiriu competências específicas de reabilitação na fase aguda da pessoa com AVC e seu familiar cuidador, bem como o acompanhou o papel do

---

<sup>86</sup> Urden, Linda D.; Stacy, K. M.; Lough, M. E. – *Enfermagem de Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

EER como educador que age no seio da família, ajudando-a a conhecer os seus recursos internos, com o propósito de superar as reais dificuldades.

Foi igualmente gratificante compreender o papel do enfermeiro de reabilitação no seio de uma equipa multiprofissional numa unidade cerebrovascular, bem como o impacto e visibilidade da sua excelente intervenção.

Está consciente que é com o treino que se ganha perícia, e com esta que se atinge a excelência, objectivo final de qualquer profissional dedicado, pelo que irá aplicar todos os conhecimentos e aprendizagens adquiridas no SEM e nos anteriores contextos de ensino clínico, enquanto Enfermeira Especialista de Reabilitação.

E ainda, remetendo-se para a excelência da arte de cuidar, finaliza com a lei de Kaisen **“Hoje melhor do que ontem, amanhã melhor do que hoje!”**, que nos impulsiona para um processo de melhoria contínua, conquistada pelo saber, saber fazer e saber ser, através da aquisição de competências científicas, técnicas e humanas...

Apêndice V c) - Anexo I - Escala do *National Institute of  
Health Stroke Scale* (NIHSS)

NIH STROKE SCALE

Data início dos sintomas: \_\_/\_\_/\_\_

Hora início dos sintomas: \_\_\_\_h \_\_\_\_m

Data actual: \_\_/\_\_/\_\_

Hora actual: \_\_\_\_h \_\_\_\_m

A escala deve ser administrada por ordem e reflectir aquilo que o doente faz e não o que se pressupõe que possa fazer. É registada a 1ª resposta e não ajudar o doente.

Item	Descrição	Pts
1a. Nível de consciência (NDC): Coma=3	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	
Questionar o doente sobre circunstâncias da admissão, se se sente bem ou se tem dor O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como pensos ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa - para além de respostas reflexas.		
1b. Questões NDC - mês e idade: Barreira física ou linguística=1 Estupor ou afasia=2	0 = Responde a ambas as questões correctamente. 1 = Responde a uma questão correctamente 2 = Não responde a nenhuma questão correctamente	

<p>O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser a correcta - não se valorizam respostas aproximadas.  Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas pontuam 2.  Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. Escrever ou dar opções pode ajudar a perceber o estado neurológico, mas deve ser pontuado com 1.  É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com pistas verbais ou não verbais.</p>		
<p><b>1c. Ordens NDC:</b>  <b>abrir/ fechar os olhos e</b>  <b>fechar/abrir a mão não parética</b>  <b>Coma=2</b></p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas correctamente.  1 = Realiza uma tarefa correctamente.  2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.</p>	
<p>O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. A primeira ordem que é dada para preparar o doente para a ordem não é pontuada (i.e. abrir os olhos ou abrir a mão, para depois os fechar)  Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.</p>		
Item	Descrição	Pts
<p><b>2. Melhor Olhar Conjugado:</b>  <b>Só se testam movimentos oculares horizontais.</b>  <b>Coma - reflexos oculocefálicos</b></p>	<p>0 = Normal  1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado.  2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não ultrapassados pela manobra oculocefálico.</p>	

<p>Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos óculo-cefálicos são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é ultrapassada pela actividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférica isolada - NC III, IV ou VI-, pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásico. Os pacientes com trauma ocular, pensos, cegueira pré-existentes ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado. É uma excepção à regra de considerar a primeira resposta como a melhor e de não ajudar</p>		
<p><b>3. Campos visuais:</b> Campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação Coma - ameaça visual</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianópsia parcial. 2 = Hemianópsia completa. 3 = Hemianópsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	
<p>Os campos visuais - quadrantes superiores e inferiores - são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos, movimento ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado dos dedos que mexem para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>		
<p><b>4. Parésia Facial:</b> Coma - 3</p>	<p>0 = Movimentos normais e simétricos. 1 = Paralisia facial central minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>	
<p>Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da mímica facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes com alteração de consciência ou que não compreendam. Na presença de traumatismo ou curativo na face, tubo orotraqueal ou outra barreira física que possa esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível. Dizer e/ou mostrar por gestos: mostrar os dentes, elevar as sobrancelhas, encerrar os olhos Pista: pontuar 3 se parésia facial periférica, 2 se parésia facial central bem marcada, pontuar 0 se for normal, e todas as outras opções marcar 1 - incluindo défices antigos e assimetrias dos sulcos nasolabiais.</p>		

<p><b>5. Movimentos dos membros superiores:</b> O membro superior é colocado (palma para baixo) a 90 graus (se sentado) ou 45 graus (se deitado) Coma - 4</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, <b>5a. Braço esquerdo</b> <b>5b. Braço direito</b></p>	
<p>O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços -palmas para baixo- a 90° -se sentado- ou a 45° -posição supina-. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. Contar alto e usando os dedos no campo visual do doente. Contar assim que se larga o membro. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético se conhecido. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro, é que o item pode ser considerado como não-testável</p>		
<p><b>6. Movimentos dos membros inferiores:</b> O membro inferior é colocado a 30 graus (sempre testado deitado). Coma - 4</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, <b>6a. Perna esquerda</b> <b>6b. Perna direita</b></p>	
<p>A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° - teste sempre na posição supina-. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. . Contar alto e usando os dedos no campo visual do doente. Contar assim que se larga o membro. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável</p>		



<b>7. Ataxia dos membros:</b> <b>Testar com olhos abertos. Os testes dedo-nariz e calcanhar Joelho é feito em ambos os lados e a ataxia é pontuada apenas se estiver presente e for desproporcionada para a parésia.</b> <b>Coma - 0</b>	0 = Ausente 1 = Presente em 1 membro 2 = Presente em 2 membros NT = Amputação ou anquilose,	
Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável -NT-, e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.		
<b>8. Sensibilidade:</b> <b>Coma = 2</b>	0 = Normal; sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada , ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada , mas o paciente sente quando é tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que é tocado na face, membro superior e inferior.	
Avalie a sensibilidade, ou a mímica facial à picada de alfinete, ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas partes do corpo - membros sup. excepto mãos, inf. excepto pés, tronco e face - quantas necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Não testar sobre a roupa. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma - item 1a=3 - são pontuados arbitrariamente com 2.		
<b>9. Melhor Linguagem:</b> <b>Coma = 3</b>	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; 2 = Afasia grave 3 = Mutismo, afasia global; s/ discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.	
Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão, mas não deve pontuar só a partir dessa impressão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objectos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. Um doente que falhe mais de 2/3 dos objectos nomeados ou das frases lidas deve pontuar 2. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma -1a=3- será pontuado arbitrariamente com 3. O		

examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples. É uma exceção à regra da 1ª resposta		
<b>10. Disartria: Coma - 2</b>	<p>0 = Normal</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p>NT = Entubado ou outra barreira física;</p>	
Se se pensa que o doente consegue, obtém-se uma amostra do seu discurso pedindo-lhe para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável -NT- apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado. Os doentes em mutismo pontuam 2		
<b>11. Extinção e desatenção (anteriormente Neglect): Coma - 2</b>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço</p>	
<p>Testar apenas com estimulação visual e sensitiva bilateral. A informação suficiente para a identificação de “neglect” pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de “neglect” visuoespacial ou anosognosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Caso a estimulação visual e sensitiva seja dúbia, qualquer outra forma de neglect pontua 1. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>		

Apêndice V c) - Apêndice I - Plano de cuidados  
especializados de reabilitação para o doente M. C.

## **3º Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

#### **Ensino Clínico**

**██████ Serviço de Especialidades Médicas – Neurologia/ UAVC**

#### **Plano de Cuidados Especializado de Reabilitação**

**Promoção da mobilidade**

**Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores  
da pessoa com AVC, como suporte para a alta**

Elaborado por:

Carmen Borralho – aluna n.º 3944

Orientadora do Ensino Clínico:

Enf.º Especialista de Reabilitação ██████████

Orientadora da ESEL:

Docente Vanda Marques Pinto

**Lisboa, Janeiro de 2013**

*Carmen Borralho*

## **AValiação de Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação**

### **Contextualização e descrição da situação segundo o processo clínico, SAM (Sistema de Apoio Médico) e SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem):**

#### **Identificação do doente e familiar cuidador**

O Sr. M.C. é um doente de 60 anos de idade, de etnia cigana. Aliterado, vive em união de facto com a D.<sup>a</sup> I.S, de quem tem cinco filhos. O Sr. M.C. é comerciante de vestuário.

Recorreu ao SU do [REDACTED] no dia 29/12/2012 por agitação nocturna. Quando acordou notou que apresentava a fala “atabalhoada” (sic), assimetria da face e falta de força generalizada, mais acentuada do lado direito.

Teve alta do SU ainda nessa manhã, com o diagnóstico de crise hipertensiva.

Contudo, por manter as mesmas queixas recorreu, no mesmo dia, ao [REDACTED], em [REDACTED], tendo sido referenciado novamente ao [REDACTED] por suspeita de AVC.

Observado pela Neurologia no SU. O exame não revelou alterações do estado de consciência. O doente apresentava disartria, sem alteração na fluência do discurso, nomeação ou compreensão. A marcha revelava desequilíbrio preferencial para a direita. Hemiparésia direita classificada em grau 4/5 flácida, de acordo com a escala de força de Lower.

Sem alterações da sensibilidade. Sem limitação dos campos visuais. Amaurose do olho esquerdo (prévia á ocorrência do AVC, e que o doente não sabe especificar a etiologia). Parésia facial direita do tipo central.

Realizou TAC CE (29/12/2012) que “*não revelou lesão aguda, mas evidenciou múltiplos fragmentos metálicos dispersos, sugestivos de balas de caça*”.

Optou-se por internar o doente na U-AVC para vigilância e investigação etiológica. Iniciou anti-agregação plaquetária.

### **Antecedentes pessoais**

- Nefrectomia à direita por carcinoma das células renais.
- Hiperplasia benigna da próstata.
- Dislipidémia.
- Tabagismo.
- Hipertensão arterial.

### **Terapêutica em ambulatório**

Medicado com anti-hipertensores, que não sabe especificar e que não toma por referir “*não querer habituar-se aos medicamentos*”(sic).

### **Terapêutica no internamento**

- Sinvastatina 20 mg cp 1x/ dia (às 21h) - início a 29/12/2012
- Ramipril 5 mg cp 1x/ dia (às 7h) – início a 30/12/2012
- Captopril 25 mg cp SOS- início a 29/12/2012

- Paracetamol 1000mg cp SOS – início a 29/12/2012
- Lorazepam 1 mg cp 1x/dia (21h) – início a 04/01/2013
- Haloperidol 5 mg / 1 ml sol. Inj. IV em SOS se agitação psicomotora
- NaCl 0,9% 1500 ml sol. Inj. IV perfusão contínua – início a 03/01/2013 e término a 07/01/2013
- Tansulosina 0,4 mg caps. Liberação prolongada 1x/dia (18h) – início a 07/01/2013
- Enoxaparina sódica 40 mg/0,4 ml sol. Inj SC 1x/dia – início a 03/01/2013

### **Dieta prescrita**

Dieta renal

### **Evolução clínica do doente durante o internamento**

A 30/12/2012 realiza nova TAC CE, observando-se uma *“pequena hipodensidade na protuberância, ligeiramente lateralizado á esquerda, de significado impreciso, podendo corresponder a uma imagem artefactual, não se podendo excluir uma lesão isquémica”*.

Ecodoppler cervical de 30/12/2012 evidencia *“ateromatose carotídea difusa. Placas nodulares fibrocalcificadas sobre o eixo carotídeo direito e palmas do tipo fibrolipídico sobre o eixo carotídeo esquerdo, sem carácter estenosante”*.

Por perfil hipertensivo iniciou terapêutica anti-HTA

A 31/12/2012, regista-se um agravamento da parésia braqueal (escala de força de lower - grau3/5 no MSD e grau 4/5 no MID)



A permanência na U-AVC foi caracterizada pela estabilidade do quadro neurológico.

### **É transferido para a enfermaria de Neurologia.**

No dia 01/01/2013, verifica-se um agravamento significativo da hemiparesia, com plegia do MSD, força grau 1/5 e força de grau 2/5 no MID, sem alterações sensitivas. Realizou TAC CE que mostrou “*aumento da área enfartada na hemiprotuberância esquerda*”. Avaliação laboratorial evidencia insuficiência pré-renal, sugestiva de desidratação, que reverteu com hidratação EV.

Dia 02/01/2013, primeiro dia de ensino clínico, sob orientação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, José Zeferino. Desta feita a aluna procedeu à observação participativa na realização de programa de enfermagem de reabilitação.

O doente encontrava-se sub febril, com indicação para repouso no leito devido ao agravamento do quadro neurológico no dia anterior, com episódio de taquicardia sinusal (FC de 160 bpm). Colocado Holter de 24h.

A 03/01/2013 hemodinâmico e electricamente estável, com TA controlada. Holter de 7 horas de registo sem alterações (o doente por sua iniciativa retirou os eléctrodos do ECG, pelo que apenas estão registadas 7 horas ao invés das 24h preconizadas para a efectiva realização do exame).

Iniciou HBPM (heparina de baixo peso molecular).

Por alteração do padrão sono-vigília com insónias e agitação nocturna, iniciou esquema de Haloperidol no final do turno da tarde.

Apresenta disfagia leve (X) para líquidos (ver tabela 1)

Tabela 1 – Avaliação da deglutição

FUNÇÃO DA DEGLUTIÇÃO	NORMAL	DISFAGIA LEVE (X)	DISFAGIA GRAVE
GOTEJAR DE ÁGUA PELA BOCA (BABAR)	NÃO	MÍNIMA	COMPLETA
MOVIMENTO LARÍNGEO	SIM	SIM	NÃO
TOSSE NA DEGLUTIÇÃO	NÃO	UMA VEZ	DUAS OU MAIS
ESTRIDOR NA DEGLUTIÇÃO	NÃO	NÃO	SIM



- 1º Administrar 10ml de água, três vezes, com uma seringa;
- 2º Se o doente for capaz de deglutir, dar 50 ml de água num copo pequeno;
- 3º Classificar consoante observação.

(CLARKSON, K. 2011; PAIXÃO ET AL, 2010; CICHERO ET AL, 2009)<sup>87</sup>

<sup>87</sup> Clarkson, K. (2011) - The management of dysphagia after stroke. *British Journal Of Neuroscience Nursing*, 7(1), 436-440.

Cichero J., Heaton, S., & Basset, L. (2009) - Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(11), 1649-1659. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02797.X.

Paixão, C. T., Silva, L. D., Camerini, F. G. (2010) - Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1): 181-190

Dia 04/01/2013, no início do turno, o doente encontrava-se sonolento (sonolência interpretada como provável iatrogenia provocada pelo haloperidol), mas facilmente despertável á estimulação tátil e verbal. Progressivamente mais desperto ao longo do turno. Fez levante para a cadeira de rodas.

No dia 05/01/2013, repetiu TAC CE, cujo resultado se encontrava sobreponível ao anterior “*sem novas lesões*”.

Dia 06/01/2013, sem alterações clínicas a relatar.

A 07/01/2013, prestados cuidados de higiene no duche em cadeira sanitária, com colaboração por parte do doente. Mantém disfagia leve a líquidos. Melhoria do défice neurológico (força grau 0/5 no segmento proximal do MSD, e 2/5 nos segmentos distais do MSD, e MI força 3/5).

No dia 08/01/2013 inicia treino de marcha controlada e com apoio de andarilho, percorreu cerca de 50 metros, com apoio e vigilância.

No dia 10/01/2013, deambulou aproximadamente 200 metros com recurso ao andarilho, realizou treino de subir de descer escada. Realizou treino com produto de apoio – bengala quadripé.

Défices motores aquando da alta – MSD força de grau 2/5 a nível proximal, 3/5 grau a nível distal; MID grau 4/5, marcha possível com apoio unilateral (ajuda técnica, bengala quadripé).

Teve alta para o domicílio, com referência à RNCCI (aguarda vaga para internamento numa Unidade de Curta Duração - Convalescença).

Doente referenciado para consulta externa de Neurologia no mesmo hospital, com indicação que deverá assim manter seguimento do controlo dos factores de risco vasculares pelo médico de família. Tem Doppler dos vasos do MI's marcado para ambulatório (Fevereiro 2013).

### **Exame neurológico que serviu de base ao programa de enfermagem de reabilitação realizado (04/01/2013)**

**Consciência** – Acordado, com resposta á estimulação verbal e táctil, com Score 15 na Escala de Comas de Glasgow (ECG), com défices motores que serão abordados em detalhe ao longo da neuro avaliação.

**Orientação** – O Sr. M.C. está orientado, auto e alopsiquicamente, ou seja, está orientado em todas as referências no tempo, espaço e na pessoa. Quando questionado sobre o seu nome, idade, mês do ano e dia do mês e semana, bem como o local onde se encontrava respondeu acertadamente.

**Atenção** – Capacidade de vigilância e tenacidade mantidas. O Sr. B. encontrava-se atento ao solicitado, sem se distrair com os estímulos externos advindos da enfermaria. De referir que o exame foi realizado no quarto da enfermaria (a televisão estava ligada, mas foi retirado o som previamente à realização do mesmo) e que no mesmo quarto se encontravam 3 doentes, também eles vítimas de AVC.

Foi solicitado ao Sr. M.C. que realizasse um movimento de extensão do membro superior não lesado sempre que numa sequência de letras aleatórias ouvisse a letra **A** (A, D, J, L, **A**, M, I, **A**, Z), que prontamente acedeu sem erros e sem alterações temporais na resposta.

Concentração mantida. Foi realizado o teste formal para o cálculo mental, de subtração consecutiva do número 3 a partir do número 20, tendo o Sr. M.C. respondido acertadamente às questões levantadas.

**Memória** – Não apresenta compromisso da memória.

**Linguagem** - Apresenta alterações da linguagem - disartria

Apresenta desvio da comissura labial para a esquerda, mas que não condiciona o discurso.

O discurso é espontâneo e fluente, sem entoações diferentes ao longo do mesmo. Não apresenta alterações significativas ao nível da linguagem automática, nomeação e repetição. Relativamente à compreensão não parecem existir dificuldades, o Sr. M.C. responde adequadamente a ordens verbais (simples ou mais complexas) e o diálogo é fluído.

**Capacidades práticas** – Não foram identificadas alterações, embora o Sr. M.C., pela sua hemiparesia direita, apenas o tenha feito com a mão não lesada (esquerda). Não foram avaliadas as capacidades práticas gráficas, dado não saber ler e/ou escrever.

**Negligência hemiespacial unilateral** – Sem evidência de presença de neglect.

**Avaliação dos pares cranianos**

**I par – olfactivo:** foi feita a prova de cheiros, em cada narina e de olhos fechados. O Sr. M. foi capaz de identificar correctamente o que era.

**II par – óptico:** apresenta alteração da acuidade visual á esquerda - amaurose, anterior ao AVC, que o doente não sabe especificar o motivo da mesma. Usa óculos. Confrontado o campo visual direito, sem alterações.

**III par - motor ocular comum/ IV par – patético/ VI par – motor ocular externo:** não apresenta alterações no movimento de infraversão, superversão, adução, abdução e movimentos oblíquos de ambos os globos oculares. Sem nistagmo e com movimentos conjugados simétricos oculares bilateralmente. Apresenta isocoria e isoreactividade à luz. Diâmetro pupilar 5 mm, sem ptose palpebral.

**V par – trigêmeo :** Apresenta assimetria nos movimentos de mastigação e dificuldade no encerramento da cavidade oral à direita, verificando-se saída de líquidos, lateralizado à direita.

Reflexo córneo palpebral presente (pestanejou) bilateralmente

**VII par – facial:** apresenta assimetria facial – parésia facial central á direita.

Foram avaliados os movimentos e expressão facial, verificando-se que o franzir do sobrolho, com encerramento firme das pálpebras se revelavam simétricos, ao passo que o sorrir e o assobiar se revelavam assimétricos, com apagamento do sulco nasogeniano á direita e desvio da comissura labial á esquerda.

Apresenta reconhecimento de sabores nos 2/3 anteriores da língua para doce (açúcar) e comida trazida pela esposa.

**VIII par – estado acústico:** sem aparentes alterações da acuidade auditiva bilateralmente.

Quanto ao equilíbrio, este será discutido posteriormente.

Não foram realizados os testes de Rinne e Weber devido á inexistência de diapásão.

**IX par – Glossofaríngeo:** sem alterações do paladar para os sabores supra referidos.

**X par – Vago/pneumogástrico:** com reflexo de vômito e tosse mantidos, com disfagia para líquidos. Não apresenta rouquidão.

**XI par – Espinhal:** apresenta força do esternocleidomastoideu grau 5/5 na escala de força muscular de Lower á esquerda e grau 1/5 na mesma escala á direita, ao nível do trapézio à direita esboça discreta contracção no músculo, não conseguindo elevar o ombro direito.

**XII par – Grande hipoglosso – Apraxia da língua?** Sem desvio da úvula para a esquerda, com discreto desvio da língua para o lado lesado (direito) aquando da protusão da mesma.

**Transições identificadas:** Transição de saúde-doença.

**Padrões das transições:** O Sr. M.C. referiu que antes da transição supra citada não tinha preocupações ou problemas relevantes, sendo esta transição a única, actualmente, identificada como significativa.

**Propriedades das transições:** O Sr. M.C. entende as suas alterações de mobilidade, resultantes de AVC, como limitantes e incapacitantes. Está desperto para a possibilidade de não adquirir independência total em todas as atividades de vida diária, no entanto participa nas intervenções propostas com motivação.

Pelo exposto, percebe-se que o Sr. M.C. tem consciência da diferença entre o seu passado (voluntariamente construído) e o seu presente (forçosamente adquirido).

Neste plano de cuidados é possível identificar o início da transição, mas não o tempo que a medeia.

**Factores facilitadores e inibidores das transições:** o Sr. M.C. manifesta desejo de regressar ao domicílio, no entanto, refere receio de interferir na vida diária dos seus filhos dadas as suas limitações físicas.

Segundo a sua descrição, vive num prédio situado num bairro social em Setúbal, de difícil acesso. Tem necessidade de subir aproximadamente 30 degraus para aceder ao interior da sua habitação (o prédio não tem elevador). Refere ter uma casa de banho de reduzidas dimensões, com poliban, cujo acesso obriga à subida de um degrau.



Tem cinco filhos com quem tem, segundo refere, uma relação próxima. Vive com dois deles, que o ajudam na sua actividade comercial.

O próprio diz mesmo que mantém uma boa relação com os vizinhos, familiares e amigos.

A esposa é quem assume o papel de familiar cuidadora durante o processo de saúde-doença, embora os filhos se encontrem igualmente envolvidos.

### **Escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)**

**Tabela 2 – Instrumento de colheita de dados utilizada no SEM (Serviço de Especialidades Médicas)**

Itens	30/12/12	31/12/12	01/01/13	04/01/13
<b>1.a - Nível de consciência</b>	0 - Acordado	0 - Acordado	0 - Acordado	0 - Acordado
<b>1.b – Orientação (mês e idade)</b>	0 – Ambas correctas	0 – Ambas correctas	0 – Ambas correctas	0 – Ambas correctas
<b>1.c – Comandos (abrir e fechar olhos, abrir e fechar mão)</b>	0 – Correcto	0 – Correcto	0 – Correcto	0 – Correcto
<b>2. – Melhor olhar conjugado (olhos abertos, segue o dedo)</b>	0 – Normal	0 – Normal	0 – Normal	0 – Normal
<b>3.- Campos visuais</b>	0 – Normal	0 – Normal	0 – Normal	0 – Normal

4.- Parésia facial (mostrar os dentes, levantar as sobrancelhas e fechar os olhos com força)	2 – Parésia facial central evidente (paralisia facial do andar inferior, total ou quase total)	2 – Parésia facial central evidente (paralisia facial do andar inferior, total ou quase total)	2 – Parésia facial central evidente (paralisia facial do andar inferior, total ou quase total)	2 – Parésia facial central evidente (paralisia facial do andar inferior, total ou quase total)
5.a - Membro superior motor esquerdo	0 – Sem queda	0 – Sem queda	0 – Sem queda	0 – Sem queda
5.b – Membro superior motor direito	1 – Queda parcial antes de 10´	1 – Queda parcial antes de 10´	3 – Nenhum esforço contra a gravidade	3 – Nenhum esforço contra a gravidade
6.b – Membro inferior direito	1 – Queda parcial antes de 10´	1 – Queda parcial antes de 10´	1 – Queda parcial antes de 10´	1 – Queda parcial antes de 10´
6.b – Membro inferior esquerdo	0 – Sem Queda	0 – Sem Queda	0 – Sem Queda	0 – Sem Queda
7.- Ataxia dos membros	1 – Presente num membro	1 – Presente num membro	1 – Presente num membro	1 – Presente num membro
8.- Sensibilidade	0 – Normal	0 – Normal	0 – Normal	0 – Normal
9.- Linguagem	0 – Sem alteração	0 – Sem alteração	0 – Sem alteração	0 – Sem alteração
10.- Disartria	1 – Disartria leve ou moderada	1 – Disartria leve ou moderada	1 – Disartria leve ou moderada	1 – Disartria leve ou moderada
11.- Extinção e inatenção	0 – Sem anormalidade	0 – Sem anormalidade	0 – Sem anormalidade	0 – Sem anormalidade
Potuação total	6	6	8	8

A NIHSS pode ter uma pontuação que varia do 0 (sem evidência de déficit neurológico) a 42 (reflectindo grave compromisso neurológico)

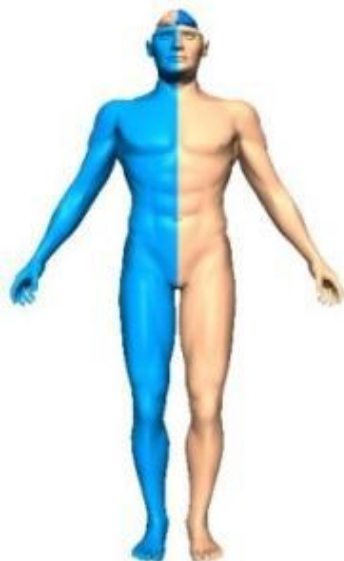


## Avaliação da motricidade (04/01/2013)

### Força muscular

**Figura n.º 1** – Esquema representativo da hemiparesia apresentada pelo Sr. M.C.

Lesão do hemisfério esquerdo



Para fazer a avaliação da força muscular aplicou-se a escala de Lower (tabela nº. 3) dos segmentos distais para os proximais.

Apresenta força muscular mantida e avaliada em 5/5 em todos os movimentos dos segmentos corporais do hemicorpo esquerdo, incluindo os segmentos cabeça-pescoço.

Ao nível do hemicorpo direito (lesado), é observada hemiparésia de predomínio braquial à direita, apresentado a seguinte avaliação em termos de força muscular: força grau 0/5 no segmento proximal do MSD, e 2/5 nos segmentos distais do MSD, e MI força 3/5.

**Membro superior - 1/5 contração muscular sem movimento** de flexão/extensão dos dedos; abdução/adução dos dedos/ oponência do polegar; **1/5 - realiza contração sem movimento** do punho- flexão palmar, dorsi-flexão/ desvio radial/cubital, circundação; **1/5 - realiza contração sem movimento do antebraço** - pronação/supinação, **2/5 há movimento do membro na base da cama, através do cotovelo**, mas não executa a flexão/extensão (**0/5 na escala de lower**); Art. Escápulo-umeral – flexão/extensão, **1/5 contração muscular sem movimento**; abdução/adução, **2/5 realiza o movimento parcial do membro na base da cama, mas não contra a gravidade**; rotação interna/externa, **0/5 nenhum movimento e/ou contração.**)

**Membro inferior – 2/5 movimento parcial** da extensão e flexão dos dedos; **2/5 - realiza movimento parcial** de adução e abdução dos dedos; tíbio-társica – **2/5 realiza movimento parcial de eversão/inversão**; Art. tíbio-társica - flexão plantar/dorsiflexão, **2/5**

movimento parcial na base da cama; Joelho – flexão/extensão, **3/5 com raio de movimento completo apenas contra a gravidade, embora por pequenos instantes**; Art. coxo-femural – abdução/ adução, flexão/extensão, **3/5 há movimento em raio completo**; rotação interna/externa, **2/5 movimento parcial do membro na base da cama, mas não contra a gravidade**. Apresenta movimentos isométricos dos quadricípites, glúteos e abdominais.

Tabela n.º 3 – Escala de avaliação da força de Lower e Escala de avaliação do tônus muscular Ashworth

Escala de Lower	Escala de Ashworth
0/5(Sem contracção muscular/movimento)	4-Hipertonia grave (movimento passivo impossível)
1/5(Contracção palpável/visível, sem movimento)	3-Hipertonia Moderado (movimento passivo difícil)
2/5(movimento extremidades, sem gravidade)	2- Hipertonia ligeira (maior parte movimento)
3/5(movimento completo contra gravidade, sem resistência)	1+ - Hipertonia muito ligeira (mínima resistência todo o movimento)
4/5(movimento completo contra resistência moderada)	1- Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento)
5/5(movimento normal contra resistência)	0- Tônus normal

### **Avaliação do tônus muscular**

Foi utilizada a escala modificada de Ashworth (ver tabela n.º 3).

Foi atribuída a classificação de 0, por o doente não apresentar nenhum aumento do tônus muscular ao nível do hemicorpo lesado.

Ao nível do membro superior direito apresenta tonicidade diminuída (hipotonicidade)

### **Coordenação motora**

Consegue completar a prova dedo-nariz de olhos abertos e fechados, a prova de indicação de Barany, e a prova calcanhar Joelho com o dedo indicador da mão e pé, respectivamente, do hemicorpo esquerdo.

### **Avaliação da sensibilidade**

**Sensibilidade superficial:** apresenta sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida ao nível do hemicorpo lesado.

**Sensibilidade profunda:** apresenta sensibilidade postural mantida. Relativamente à sensibilidade vibratória, esta não foi testada por ausência de diapasão.

### **Avaliação do Equilíbrio**

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico quando sentado, instável, com lateralização do tronco para o lado direito.

O equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática está ausente.

### **Avaliação da Marcha**

Não foi realizado treino de marcha por intolerância hemodinâmica.

### **Avaliação da função respiratória**

Pele e mucosas estão coradas e hidratadas. Saturação periférica de O<sub>2</sub> de 96%. Apresenta uma respiração mista com amplitude normal, de predomínio toraco abdominal. Eupneico com frequência respiratória que oscila entre os 19 e 21 ciclos por minuto.

Na auscultação pulmonar apresenta um murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios bilateralmente.

### **Avaliação da função cardíaca**

Sem edemas. TA –160/95mmHg; P- 95 ppm. Apirético 36,8°C (temperatura timpânica).

### **Avaliação da eliminação intestinal e vesical**

O Sr. M.C. antes da ocorrência do AVC não apresentava alterações nesta AVD.

Desde o primeiro dia de internamento na U-AVC, até á data da presente avaliação (04/01/2013) que o Sr. M.C. utiliza drenagem vesical (algália sylvatic nº 16), sendo incapaz de controlar voluntariamente a sua urina. Usa fralda.

Evacuou no dia 02/01/2013, na arrastadeira.

### **Avaliação da alimentação**

Sem alterações nesta AVD antes da doença. Presentemente necessita de ajuda parcial na alimentação para preparar o prato e fraccionar os alimentos. Apresenta disfagia leve para líquidos.

### **Avaliação da higiene pessoal, vestuário e calçado, transferências, uso de sanitário, alimentação**

Era independente nestas AVD's. Presentemente necessita de ajuda total .

### **Avaliação da escala de Braden**

Apresenta um score de 13 (médio risco para desenvolvimento de úlceras de pressão), necessitando de uma alternância de decúbitos programada e individualizada, atendendo á sua condição clínica e tolerância tecidular.

### **Avaliação do sono e repouso**

Por alteração do padrão sono-vigília com insónias e agitação noturna a 3/01/2013, iniciou esquema de haloperidol (1f EV) com efeito.

### **Avaliação da escala modificada de Barthel (ver esquematização da escala informatizada no programa SAPE - Figura n.º2)**

Totalizava em valor de **0** no dia 02/01/2013 e **6** no dia 04/01/2013, traduzindo um grau de dependência funcional total por parte do Sr. M.C. no que concerne ás AVD's. Aquando da alta totalizava um valor de **56** (dependência moderada)



Figura n.º 2 - Esquematização da escala informatizada no programa SAPE

**Escala de Barthel modificada**

**Informatizada em programa SAPE**

**Janela**

**Mapa de Cuidados**

**Doente**  
Nº Proc. 97001249

**Com Horário** **Sem Horário**

**Medicação**

17:00	Albumin
17:00	Paracet
17:00	Dietá C
17:00	Prednis
18:00	Salbuta

**Atitudes Terapêuticas**

**Intervenções**

21:00	Monitor
21:00	Posicion
21:14	Monitor
22:00	Monitor
22:00	Monitor
22:00	Monitor
22:00	Monitor
22:00	Monitor
22:00	Monitor

**Módulo/ Episódio**

**Serviço** INT U.C.I.

**Entrada** 2012/10/31 : 22:32 horas

**Nº Cama** 06

**SOS**

**Novo Doente**

**Escala Modificada de Barthel**

Nº Internamento 12013814

Item	
Higiene Pessoal	
Banho	
Alimentação	
Toalete	
Subir Escadas	
Vestuário	
Controle de Bexiga	
Controle de Intestino	
Deambulação (1)	
Ou Cadeira de Rodas (2)	
Transferência cadeira/cama	

**Legend:**

- (1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
- (2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

**Enf.º** 24680

**Ok** **Cancelar**

**Data** 2012.11.08

**man.**

**2012.11.01 15:50**

saco de biotrol na inguinal esquerda.

### **Problemas identificados no âmbito da Enfermagem de Reabilitação**

- Alteração da mobilidade relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC, manifestada por hemiparesia direita de predomínio braquial;
- Risco de instalação do padrão espástico no hemicorpo direito relacionado lesão neurológica do hemisfério esquerdo decorrente do AVC;
- Défice no auto cuidado relacionada com a hemiparésia direita de predomínio braquial, consequente da lesão neurológica decorrente do AVC manifestado por dependência funcional ao nível:
  - ✓ Higiene;
  - ✓ Vestir/despir;
  - ✓ Calçar-se;
  - ✓ Alimentar-se;
  - ✓ Transferir-se;
  - ✓ Uso dos sanitários.
- Alteração da deglutição relacionada com lesão neurológica decorrente do AVC, manifestada por disfagia leve aquando da ingestão de líquidos;
- Risco de alteração da comunicação relacionado com disartria;
- Alteração do equilíbrio postural estático e dinâmico sentado e em pé relacionado com o AVC manifestado por lateralização do tronco para a direita (desequilíbrio) quando sentado e equilíbrio estático em pé instável.
- Risco de ocorrência de novo AVC.
- Alteração da expressão facial/ mímica facial da hemiface direita relacionada com o AVC, manifestada por parésia central facial (andar inferior).
- Alteração do padrão vesical, relacionado com presença de algália decorrente do AVC, manifestado por incontinência urinária.

## Programa de Enfermagem de Reabilitação implementado

No sentido de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em conta as necessidades identificadas foram planeadas as intervenções de enfermagem descritas no seguinte **plano de cuidados**.

Problemas identificados	Objectivos	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados / Avaliação
<b>Alteração da mobilidade relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC, manifestada por hemiparesia direita de predomínio braquial.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservar e recuperar a amplitude dos movimentos;</li> <li>- Preservar a flexibilidade;</li> <li>- Melhorar as habilidades motoras, onde se inclui a motricidade fina;</li> <li>- Manter a integridade das estruturas articulares;</li> <li>- Recuperar o equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé;</li> <li>- Aumentar a força muscular;</li> <li>- Minimizar o risco de lesões músculo-esqueléticas como consequência da imobilidade;</li> <li>- Prevenir e/ou inibir a instalação de espasticidade e suas complicações;</li> <li>- Reeducar o mecanismo do reflexo postural;</li> <li>- Ensinar o que se pretende que se realize activamente;</li> <li>- Reeducar a imagem psico-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar o Sr. M.C. pelo lado lesado (direito);</li> <li>- Avaliar a motricidade;</li> <li>- Avaliar o tônus muscular, através da escala modificada de Ashworth;</li> <li>- Avaliar a força muscular através da escala de Lower;</li> <li>- Explicar a importância do programa de reabilitação sensório-motor e prévia explicação de como vai decorrer;</li> <li>- Pedir a colaboração do Sr. M.C., com a finalidade de o responsabilizar pela sua recuperação;</li> <li>- Proporcionar, se possível, um ambiente calmo, isento de barulho;</li> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Executar mobilizações passivas de todos os segmentos</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a família faça o máximo de uso das suas forças individuais e colectivas para se adaptar á transição identificada;</li> <li>- Que a família/ familiar cuidadora, D.<sup>a</sup> I. esteja devidamente instruída para substituir o Sr. M.C. apenas quando for absolutamente necessário.</li> <li>- Que o Sr. M.C. melhore gradualmente a força muscular; e que seja preservada a amplitude dos seus movimentos;</li> <li>- Que o Sr. M.C. readquira o equilíbrio dinâmico na marcha com de ajudas técnicas e adquira uma postura adequada;</li> <li>- Que o Sr. M.C. reintegre cognitivamente o seu hemicorpo</li> </ul>

	<p>motora, - Melhorar progressivamente a tolerância do Sr. M.C. ao esforço.</p>	<p>articulares, do <b>membro superior lesado</b> – direito: dedos: circundação, flexão/extensão, abdução/adução, oponência do polegar; punho: flexão/extensão, desvio radial/desvio cubital; antebraço: pronação/supinação; cotovelo: flexão /extensão; escapulo-umeral: flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa e de alguns segmentos articulares do <b>membro inferior lesado</b> (extensão/flexão, adução/abdução dos dedos; eversão/inversão e flexão plantar/dorsiflexão; - Executar mobilizações activas assistidas dos restantes segmentos do membro inferior lesado – direito, joelho: flexão/extensão; coxo-femural: flexão/extensão, adução/adução, rotação externa/interna. - Executar as mobilizações do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal do doente; -Estimular o doente a visualizar atentamente os exercícios</p>	<p>direito; - Promover a autonomia do Sr. M.C. - Promover as potencialidades remanescentes do Sr. M.C.</p> <p><b>Durante o internamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica-se o consentimento do Sr. M.C. aos exercícios propostos</li> <li>- Demonstra interesse nas actividades, realizando-as sempre que lembrado;</li> <li>- Direcção o olhar para o lado lesado e procura estar atento às mobilizações efectuadas;</li> <li>- Tem sido preservada a amplitude articular dos 4 membros;</li> <li>- Tem sido dada continuidade ao plano de enfermagem de reabilitação estabelecido;</li> <li>- Referenciado no dia 09/01/2013 para a RNCCI (Unidade de Curta Duração-Convalescença);</li> </ul> <p><b>02/01/2013</b></p>
--	---	---	---

		<p>realizados e a pensar no seu movimento, de forma a reintegrar cognitivamente o esquema corporal e a promover o engrama motor;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar o Sr. M.C. a realizar mobilizações activas e activas resistidas de todos os segmentos articulares do hemicorpo não lesado – esquerdo (ao nível do membro superior com recurso a um peso de 1 kg, e ao nível do membro inferior com resistência imputada manualmente pela enfermeira;</li> <li>- Avaliar e controlar a dor provocada pela mobilização;</li> <li>- Ensinar e estimular a realização de exercícios de fortalecimento muscular das coxas, glúteos com exercícios isométricos e exercícios activos (flexão dos joelhos quando sentado na cama e pés apoiados no chão, até chegar com os mesmos á palma da mão da enfermeira; adução e abdução das articulações coxo-femorais, agachamentos com apoio dos membros superiores no parapeito da janela do quarto, treino de passagem da posição de pé á posição ortostática, com</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dado a instabilidade eléctrica e alteração do estado neurológico do doente face a dias anteriores iniciou-se o programa de enfermagem de reabilitação apenas com mobilizações passivas de todos os segmentos do hemicorpo direito;</li> <li>- Hipotonicidade no membro superior direito;</li> <li>- Procedeu-se ao posicionamento do doente ao longo do turno, em padrão anti espástico.</li> <li>- Fornecido à D.<sup>a</sup> I. o “Manual do cuidador do doente com AVC” disponível no Cantinho da Reabilitação do SEM, para leitura e posterior esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Realizados ensinios à família sobre técnica de facilitação cruzada, com eficácia, iniciando de imediato a abordagem pelo lado afectado.</li> </ul> <p><b>03/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizados exercícios activos musculo articulares do hemicorpo não lesado;</li> </ul>
--	--	---	--

		<p>inclinação do tronco para a frente com o apoio dos pés no chão.);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectuar o levante diário para a cadeira de rodas, respeitando o posicionamento em padrão anti-espástico;</li> <li>- Recorrer às técnicas de facilitação cruzada;</li> <li>- Realizar treino de marcha diário, com recurso a dispositivo auxiliar de marcha - andarilho e/ ou bengala quadripé, em piso regular;</li> <li>- Realizar treino de marcha em piso regular com contorno de obstáculos, no serviço.</li> <li>- Proceder ao ensino de subir e descer as escadas que dão acesso aos pisos dos serviços contíguos ao do serviço de Neurologia (apoiado no corrimão, subir - 1º o pé são no degrau e depois trazer o pé lesado para junto do primeiro; descer – 1º o pé lesado e em seguida o pé são para o mesmo degrau);</li> <li>- Incentivar a D.<sup>a</sup> I. a dar continuidade ao treino de marcha iniciado no hospital, diariamente aquando da alta;</li> <li>- Efectuar posicionamentos com alternância de decúbitos de forma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esboça contracção muscular em todos segmentos articulares, á excepção da articulação escapulo-umeral. Sem movimentos activos no MSD.</li> <li>- Realizados exercícios activos assistidos dos seguintes segmentos do membro inferior lesado – direito, joelho: flexão/extensão; coxo-femural: flexão/extensão, adução/adução, rotação externa/interna.</li> <li>-Compreendeu a técnica de auto-mobilização, embora manifeste dificuldade em entrelaçar os dedos e completar o arco do movimento, pelo que necessita de ser assistido no mesmo.</li> <li>- Realiza a técnica de auto-mobilização, apresentando dificuldade apenas em completar o arco do movimento, pelo que necessitou de ser assistido ao nível do cotovelo.</li> <li>- No segmento da articulação escapulo-umeral direita apresenta dor e resistência na abdução na amplitude de 90º;</li> <li>- Administrada analgesia prescrita em SOS, com efeito;</li> </ul>
--	--	---	--

		<p>a manter a integridade cutânea e promover conforto ao doente, dando ênfase aos posicionamentos que contrariam o padrão espástico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar, instruir e treinar alternâncias de decúbito e posicionamento em padrão anti espástico ao Sr.M .C. e a D.<sup>a</sup> I.;</li> <li>- Utilizar calçado adequado (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) de forma a facilitar o treino de carga e marcha;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa;</li> <li>- Ensinar e instruir a pessoa sobre técnicas de exercício muscular e articular [auto-mobilizações] do membro superior direito;</li> <li>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular [auto-mobilizações] do membro superior direito;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a realização de actividades terapêuticas no leito (ponte, com bola de pequenas dimensões entre os joelhos, para contrariar a tendência que o Sr. M.C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refere cansaço após realização de 5 auto-mobilizações;</li> <li>- Iniciaram-se os ensinos, instrução e treino à D.<sup>a</sup> I. sobre técnicas de exercício muscular e articular [passivos] do cotovelo, mão e dedos do MSdireito.</li> <li>- Realizados ensino, instrução e treino á D.<sup>a</sup> I. sobre auto-mobilizações.</li> <li>- Não foram realizados ensinos sobre rolamentos e carga no hemicorpo direito, por se considerar demasiada informação para um só momento.</li> </ul> <p><b>04/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Após execução de mobilizações passivas e activas assistidas dos vários segmentos do hemicorpo direito, foram realizados ensinos e treino sobre as actividades terapêuticas no leito.</li> <li>- Realizou as seguintes AT com indicação verbal dos passos a adoptar para a execução das mesmas:</li> </ul>
--	--	--	--



		<p>apresenta para a rotação externa do MI lesado; carga sobre o cotovelo lesado com ajuda para controlo e apoio da cintura escapular, rolamento para ambos os lados) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar aos exercícios supra referidos a dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- Treino com ajuda parcial no levante, quer da cama, quer da cadeira de rodas;</li> <li>- Proceder aos registos de actividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação do Sr. M.C;</li> <li>- Envolver a familiar cuidadora (D.<sup>a</sup> I.) no programa de reabilitação estabelecido através de ensinamentos, instruções e treino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponte com apoio no joelho e pé direito, elevação parcial da bacia após estimulação táctil (“toques suaves” ) na região glútea lateralizada á direita;</li> <li>- Rola para o lado afectado, activamente;</li> <li>- Rola para o lado são com maior dificuldade, necessitando de ajuda para o concretizar;</li> <li>- Participou no número de séries solicitadas, com tolerância.</li> <li>- Realizado 1º levante para a cadeira de rodas após os cuidados de higiene no leito, respeitando o posicionamento em padrão anti-espástico. Para a transferência da cama para a cadeira de rodas foi utilizado o disco giratório.</li> <li>-Durante a técnica do levante necessitou de auxílio para fazer a elevação do tronco do leito e posteriormente, para exteriorizar os MI's para fora do mesmo;</li> <li>- Correção postural em frente ao espelho quadriculado;</li> <li>- Regressou ao leito após o almoço, tal como negociado com o Sr. M.C. antes do levante.</li> </ul>
--	--	--	--

			<p><b>07/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diminuição da dor na abdução do segmento escapuloumeral direito na amplitude de 90°, mantém alguma resistência;</li><li>- O Sr. M. C. apresenta no membro superior direito uma força grau 2/5 e no membro inferior esquerdo uma força grau 3/5;</li><li>- Realizados exercícios activos assistidos:<ul style="list-style-type: none"><li>- oponência do polegar dos dedos da mão direita</li><li>- abdução/adução articulações carpo-metacárpicas da mão direita;</li><li>- flexão/extensão articulações carpo-metacárpicas e interfalângicas da mão direita;</li></ul></li><li>- Realizados exercícios activos resistidos:<ul style="list-style-type: none"><li>- flexão/extensão da articulação joelho e coxo-femural direito</li></ul></li><li>- Realizados exercícios passivos com restantes articulações;</li><li>- Realizadas AT no leito de forma activa pelo doente, embora careça de estímulo verbal para a sua efectivação.</li></ul>
--	--	--	--

		<p>Evidencia maior dificuldade no rolamento para o lado sã, necessitando de ajuda.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizada transferência do leito para a cadeira sanitária, e desta para a cadeira de rodas, após os cuidados de higiene no duche;</li><li>- O Sr. M.C. participou em actividades de grupo (jogar à bola, manualmente, com os três doentes que se encontravam internados no seu quarto), de forma a promover a facilitação cruzada entre todos os conviventes.</li><li>- Realizado ensino, instrução e treino à familiar cuidadora sobre actividades terapêuticas no leito e posicionamentos em padrão anti-espástico.</li></ul> <p><b>08/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realiza flexão/hiperextensão, rotação direita e esquerda e lateralização das articulações cervicais com boa amplitude e sem dor;</li><li>- Participou no número de séries solicitadas, com tolerância.</li><li>- Esboça contracção muscular a</li></ul>
--	--	---

			<p>nível da escapulo-umeral;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O Sr. M.C. apresenta ligeiro aumento do tônus muscular, que não condiciona a realização dos exercícios passivos</li><li>- Executa a técnica do levante pelo lado lesado, com indicação verbal dos passos a adoptar para a execução do mesmo. No entanto ainda necessita de ajuda parcial para fazer a elevação do tronco do leito e posteriormente carga no cotovelo.</li><li>- Evidencia maior grau de envolvimento, quando os exercícios estão implícitos em atividades de vida diária, uma vez que reconhece nos mesmos a aquisição de competências para garantir a sua autonomia;</li><li>- Apresenta marcha claudicante, com dificuldade em realizar flexão e extensão da articulação coxo-femural e flexão dos joelhos (apenas quando em posição ortostática). Necessita de algum estímulo verbal para realizar a flexão das articulações do joelho e coxo femural do MI lesado quando deambula com o apoio do</li></ul>
--	--	--	---

			<p>andarrilho;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Deambulou do quarto até á sala de espera que se encontra á entrada do serviço; +- 50 metros, com apoio e supervisão;</li><li>- Realizou pequenos períodos de descanso (+- 5 a 10 ') durante o treino de marcha, nos cadeirões e/ ou cadeiras que se encontravam ao longo do corredor do serviço;</li><li>- Ficou sentado em CR em padrão anti-espástico, com mesa de trabalho devidamente posicionada dado ser hora de almoço.</li><li>- Mantidas actividades de grupo.</li></ul> <p><b>10/01/2013 (Alta clínica)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apresenta no membro superior direito uma força grau 2/5 no segmento proximal e 3/5 no segmento distal e no membro inferior direito uma força grau 4/5;</li><li>- Realizados exercícios activos resistidos:</li><li>- extensão da articulação do joelho e coxo-femural direito.</li><li>- Realizados exercícios activos assistidos:</li></ul>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- oponência do polegar da mão direita;</li><li>- Realizados exercícios activos assistidos:</li><li>- abdução/adução articulações carpo-metacárpicas da mão direita;</li><li>- flexão/extensão articulações carpo-metacárpicas e inter-falângicas da mão direita;</li><li>- flexão/extensão articulação do punho direito;</li><li>- flexão/extensão da articulação do cotovelo direito;</li><li>- pronação/supinação do segmento do antebraço direito</li><li>- flexão da articulação do joelho e coxo-femural direita;</li><li>- Realizados exercícios passivos nas restantes articulações;</li><li>- Realiza auto-mobilizações com maior tolerância, realiza 10;</li><li>- Realiza as actividades terapêuticas no leito, com maior dificuldade aquando do rolamento para o lado são, necessitando de ajuda para o concretizar.</li><li>- Apresenta ainda rotação externa da coxa direita que não consegue corrigir</li></ul>
--	--	---

			<p>espontaneamente;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O Sr. M.C. parece estar motivado para a realização do programa de enfermagem de reabilitação implementado.</li><li>- Deambulou no período da manhã, aproximadamente 200 metros com recurso ao andarilho. Apresenta marcha claudicante;</li><li>- Realizou treino de subir e de descer escadas (18 degraus que dão acesso aos pisos superiores do serviço de Neurologia);</li><li>- Realizou treino de marcha após o almoço com produto de apoio – bengala quadripé, sob supervisão, aliado a reforço positivo;</li><li>- Reforçado treino de competências da familiar cuidadora no que diz respeito às actividades terapêuticas, mobilizações, posicionamento em padrão anti-espástico e treino de marcha. Não apresentou dificuldade na execução das técnicas, nem referiu dúvidas;</li><li>- Teve alta do serviço a deambular com apoio unilateral</li></ul>
--	--	--	--



			– quadripé adquirido no próprio dia pelos seus filhos.
<p><b>Défice no auto cuidado relacionada com a hemiparésia direita de predomínio braquial, consequente da lesão neurológica decorrente do AVC manifestado por dependência funcional ao nível:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Higiene;</b></li> <li>➤ <b>Vestir/despir;</b></li> <li>➤ <b>Calçar-se;</b></li> <li>➤ <b>Uso dos sanitários;</b></li> <li>➤ <b>Transferir-se;</b></li> <li>➤ <b>Alimentar-se.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover higiene, conforto e sensação de bem estar ao Sr. M.C;</li> <li>- Estimular o doente na realização das actividades de vida diária referenciadas;</li> <li>- Incentivar a autonomia do Sr. M.C. nas AVD's referenciadas,</li> <li>- Incentivar a D.ªI. a colaborar na realização das AVD's do Sr. M.C. e não a "substituí-lo".</li> <li>- Promover a reeducação funcional sensório motora (treino da motricidade fina, preensão, do equilíbrio sentado ou em pé, coordenação motora, mobilizações activas);</li> <li>- Aumentar a auto-estima do Sr. M.C. e sentimento de ser útil e autónomo.</li> <li>- Promover a estimulação neuro-cognitiva do Sr. M.C.</li> </ul>	<p><b>Higiene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantir que a cadeira sanitária se encontra no poliban e devidamente travada;</li> <li>- Ajudar o Sr. M.C. na transferência para o poliban é fundamental, esta deve ser efectuada primeiro pelo lado não afectado;</li> <li>- Incentivar o Sr. M.C. a lavar-se onde os seus movimentos com o lado não afectado o permitirem, promovendo a sua autonomia;</li> <li>- Incentivar o doente à auto preparação do seu material de higiene, lembrando-o que deve ter os produtos de higiene necessários, à disposição e de fácil acesso;</li> <li>- Promover a utilização das ajudas técnicas sempre que possível: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Barras de apoio no poliban;</li> <li>✓ Tapete anti-deslizante;</li> <li>✓ Cadeira sanitária;</li> <li>✓ Escova ou esponja com cabo comprido;</li> </ul> </li> <li>- Nomear as partes do corpo do Sr. M.C. tocadas e identificar o respectivo plano sagital ( dto, não</li> </ul>	<p>– quadripé adquirido no próprio dia pelos seus filhos.</p> <p><b>03/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foi realizado treino de vestuário no leito por intolerância do Sr. M.C., uma vez que apresentou cansaço após os cuidados de higiene no leito e mobilizações.</li> </ul> <p><b>04/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi explicado ao Sr. M. C. o que ia ser realizado com o objectivo de obter a sua colaboração</li> <li>- Realizou o treino do equilíbrio estático sentado de acordo com a indicação verbal dos passos a adoptar para a execução do mesmas;</li> <li>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado deficiente, com lateralização do tronco para a direita;</li> <li>- Realizado treino de equilíbrio estático sentado no leito;</li> <li>- Realizado levante com recurso a meio adaptativo para o efeito – disco giratório.</li> <li>- Tolerou o levante para a CR;</li> </ul> <p><b>07/01/2013</b></p>

		<p>lesado/esq/ lesado) para facilitar a reintegração do esquema corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar a possibilidade do Sr. M.C. se ver ao espelho;</li> <li>- Ter particular atenção à higiene oral (lavar os dentes e estimular a bochecha do lado lesado e bochechar com água para tirar a pasta dentífrica excedentária – reeducar a mímica oro-facial), unhas e pele;</li> <li>- Desfazer a barba. Aconselha-se o uso da máquina de barbear (Reeducar a mímica facial);</li> <li>- Incentivar o doente a pentear-se treino que poderá dar à reeducação motora. Proporciona também o aumento da auto estima e sentimento de ser útil e autónomo, treino da motricidade fina, da preensão, e de equilíbrio sentado ou de pé.</li> </ul> <p><b>Vestir/despir e calçar-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir colaboração ao Sr. M.C. para a escolha diária da roupa a vestir, trazida pela D.<sup>a</sup> I. ;</li> <li>- Utilizar vestuário prático e adaptado à temperatura ambiente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguiu lavar a superfície corporal, excepto membro superior esquerdo e face posterior do tronco e membro inferior esquerdo. Contudo, necessita de cadeira ou cadeira sanitária dentro do ploban devido ao equilíbrio em pé instável.</li> <li>- Realizou higiene oral, necessitando apenas que lhe fossem preparados os utensílios;</li> <li>- O doente conseguiu pentear-se autonomamente.</li> <li>- Feito ensino de como preparar os alimentos:</li> <li>-Pequeno-almoço: foi auxiliado a barrar a manteiga no pão e a abrir o pacote do pão, a colocar o açúcar no leite e a mexê-lo;</li> <li>- Almoço: o Sr. M. C. foi auxiliado na preparação do peixe pela esposa;</li> <li>- Conseguiu alimentar-se com autonomia com a mão esquerda;</li> <li>- Melhorar do equilíbrio estático e dinâmico sentado;</li> <li>- Realizada transferência do leito para a cadeira sanitária, e desta para a cadeira de rodas;</li> </ul>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar calçado adequado (fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) de forma a facilitar o treino de carga;</li> <li>- Realizar treino de movimentos finos, nomeadamente com o apertar e desapertar botões da roupa que utilizar, utilizando como recurso a esta AVD, o busto do treino das AVD's existente no "Cantinho da reabilitação".</li> <li>- Instruir o Sr. M.C. a ter em conta a seguinte ordem aquando do vestir e despir: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Meias, roupa interior, calças, e sapatos;</li> <li>✓ Roupa interior, blusa ou camisola e casaco.</li> </ul> </li> <li>- Colocar todo o vestuário à disposição e pela ordem acima mencionada, de forma a ser de fácil acesso;</li> <li>- Para calçar meias e sapatos, flectir a perna lesada sobre a perna não lesada, em posição sentado;</li> <li>- Para vestir calças, utilizar a mesma técnica, vestindo primeiro a perna do lado lesado. Para remover o vestuário, despir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consegue efectuar carga no membro inferior direito;</li> <li>- Realizado ensino, instrução e treino á D.<sup>a</sup> I. sobre vestir/despir adaptados às capacidades apresentadas pelo do Sr. M. C.</li> </ul> <p><b>08/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta ainda dificuldade em vestir e despir o casaco do pijama. Veste a primeira manga (iniciando pelo lado afectado) mas depois tem dificuldade em realizar o movimento conjugado de flexão do ombro e flexão do cotovelo para agarrar o lado do casaco que está na região posterior do tronco. Apesar de o fazer com alguma dificuldade já consegue apertar e desapertar botões.</li> <li>- Foi dado a conhecer ao Sr. M.C. e sua família a existência de produtos de apoio através da visualização de catálogo e sugerida a aquisição e adaptação de produtos de apoio na casa de banho da sua casa (barras de apoio, tapete antiderrapante e aplicação de banco no poliban).</li> </ul>
--	--	---	--

		<p>primeiro o lado não lesado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para vestir blusas, camisolas ou casacos, vestir primeiro o lado lesado. Para remover o vestuário, despir primeiro o lado não lesado.</li> <li>- Utilizar técnicas que permitam ao Sr. M.C. alguma autonomia: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calçadeira de cabo comprido para calçar;</li> <li>✓ Preferir roupa e calçado com velcro, aos fechos de correr, botões e atacadores;</li> <li>✓ Preferir camisas abertas à frente, a camisolas ou blusas;</li> <li>✓ Preferir calças de elástico a calças com botões ou fechos de correr.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Uso dos sanitários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a integridade da pele em todos os turnos;</li> <li>- Trocar sempre que necessário o material de protecção – fralda para evitar lesões de humidade.</li> <li>- Avaliar as características e quantidade das fezes e da urina eliminadas.</li> <li>- Proceder aos respectivos registos.</li> </ul> <p><b>Alimentar-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar um ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De acordo com a D.<sup>al</sup>. estão a ser definidas estratégias para reorganização da casa de banho;</li> <li>- Realizado ensino, instrução e treino à D.I. no que concerne à transferência do Sr. M.C. da cama para a CR e vice-versa.</li> </ul> <p><b>10/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não consegue ainda lavar a totalidade da superfície corporal, mantendo necessidade de treino de movimento conjugado de abdução da articulação coxofemural e flexão do joelho direito.</li> <li>- Cuida da toilette pessoal de forma autónoma, necessitando ainda que lhe preparemos o material necessário para a realização dessa actividade (colocar a pasta dentífrica na escova).</li> <li>- Relativamente às refeições: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequeno-almoço: consegue barrar manteiga no pão auxiliando-se com a mão direita;</li> <li>- Almoço: o Sr. M. C. foi auxiliado na preparação da</li> </ul> </li> </ul>
--	--	---	---

		<p>calmo durante a refeição;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Providenciar uma superfície estável para a refeição;</li><li>- Abordar sempre que possível o Sr. M.C. pelo lado afectado, promovendo assim a facilitação cruzada;</li><li>- Posicionar o Sr. M.C. em padrão anti espástico quando sentado na CR;</li><li>- Estimular a reeducação oro facial da hemiface lesada (utilizar palhinha para ingerir líquidos)</li><li>- Incentivar o Sr. M.C. a alimentar-se sozinho com recurso ao uso da mão esquerda e quando possível utilizar a mão direita;</li><li>- Assistir na preparação dos alimentos e do tabuleiro;</li><li>- Avaliar a necessidade do uso de produtos de apoio (talheres de cabo grosso, por exemplo. O “Cantinho da reabilitação” utiliza ligaduras para o efeito);</li><li>- Manter uma boa higiene oral;</li><li>- Reforço positivo em cada etapa;</li><li>- Envolver a D.<sup>a</sup> I. a colaborar na realização das AVD’s supra referidas após o respectivo ensino, instrução e treino.</li></ul>	<p>carne pela esposa;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Despiu camisa do pijama com botões, embora com alguma lentificação para desabotoar a totalidade dos botões;</li><li>- Lavou-se utilizando a mão esquerda, apenas necessitou de auxílio para a região dorsal e perineal e pés;</li><li>- Penteou-se em frente ao espelho;</li><li>- Vestiu a camisa com botões com pouco auxílio;</li><li>- Realizado treino vestir calças na cadeira de rodas;</li><li>- Esclarecidas dúvidas da D.<sup>a</sup> I e filhos relativamente à ajuda que o Sr. M. C. necessita na casa de banho, no vestir/despir e calcar-se.</li></ul>
--	--	---	--

		<p><b>Transferir-se</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferir o Sr. M.C. para a cadeira sanitária e CR;</li> <li>- Instruir o Sr. M.C. sobre transferir-se;</li> <li>- Instruir o doente sobre o recurso a equipamento adaptativo para transferir-se (disco giratório);</li> <li>- Orientar no uso de equipamento adaptativo.</li> </ul>	
<p><b>Alteração da deglutição relacionada com diminuição da força e tónus dos músculos da mandíbula e da hemiface direita, decorrente do AVC, manifestada por disfagia leve aquando da ingestão de líquidos.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restabelecer a dinâmica da deglutição;</li> <li>- Minimizar os riscos de pneumonia de aspiração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar teste da disfagia para avaliação do reflexo de deglutição;</li> <li>- Optimizar o posicionamento (correção postural, sentado, com a cabeça na linha média e os antebraços apoiados na mesa de refeição, tendo em conta o posicionamento em padrão anti-espástico);</li> <li>- Gerir a dieta (engrossar a consistência dos líquidos através da utilização de espessante);</li> <li>- Não ingerir alimentos de duas consistências (exemplo, uvas, melancia);</li> <li>- Ensinar o Sr. M.C. e a sua esposa a adoptarem estratégias adaptativas aquando da alimentação (assegurar que os lábios estão bem cerrados, colocar a colher/garfo no lado</li> </ul>	<p><b>03/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No teste da disfagia o doente apresenta disfagia leve para líquidos.</li> </ul> <p><b>04/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. M.C. consegue compensar a disfagia com recurso à utilização das estratégias adaptativas, não necessitando de alteração da textura dos líquidos.</li> <li>- Necessita de reforço nos ensinamentos para interiorização das estratégias a adoptar;</li> <li>- Realizados ensinamentos à família sobre disfagia e estratégias adaptativas da deglutição, que aparentemente foram compreendidas.</li> </ul> <p><b>07/01/2013</b></p>

		<p>mais funcional – esquerdo, cabeça inclinada para o lado mais funcional-esquerdo);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar equipamento adaptativo para o acto de alimentar-se (copo com corte para adaptação do nariz, engrossar o cabo do garfo e/ou colher com ligadura e adesivo);</li> <li>- Instruir e treinar o Sr. M.C. e a D.<sup>a</sup> I durante o acto de alimentar-se / hidratar-se, utilizando flexão anterior do pescoço, ingestão de pequenas quantidades, deglutições múltiplas, fazer pausas entre cada deglutição;</li> <li>- Supervisionar o Sr. M.C. durante a alimentação(despistar sinais de disfagia);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios para resistência muscular (lateralizar a língua de forma a empurrar as “bochechas” com a ponta da mesma, protruir e retrain a língua, aliados aos exercícios de reeducação dos músculos da mimica facial) e exercícios de mobilidade laríngea (emitir sons como:“cá, cá, má, má e executar escalas musicais-exercícios realizados em colaboração com a fisioterapeuta)</li> </ul>	<p>- Reforçados ensinios para interiorização de estratégias a adoptar aquando da alimentação, durante o pequeno-almoço e almoço, sendo que nesta última refeição, já com a presença da D.<sup>a</sup> I.</p> <p><b>08/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentou-se por mão própria, necessitando apenas da preparação do tabuleiro. Sem sinais de disfagia. Sem perda de alimentos.</li> </ul>
--	--	--	---



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir o ambiente durante a refeição (isento de distrações, não conversar enquanto mastiga, não rodar a cabeça para o lado lesado enquanto deglute);</li> <li>- Incentivar o Sr. M.C. a lavar a cavidade oral e a pesquisar a presença de alimentos na cavidade oral após cada refeição;</li> <li>- Proceder a reforços positivos</li> <li>- Envolver a D.<sup>a</sup> I. no processo de reabilitação do Sr. M.C. relativamente ao acto de alimentar-se.</li> </ul>	
<b>Risco de alteração da comunicação relacionado com disartria</b>	- Obter uma comunicação verbal eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar o Sr. M.C. a falar pausadamente utilizando frases curtas;</li> <li>- Dar uma informação de cada vez e dar tempo para a sua resposta; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrigir a articulação das palavras sempre que necessário;</li> <li>- Incentivar e realização de exercícios dos músculos oro faciais em frente ao espelho, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assobiar</li> <li>• Simular um beijo</li> <li>• Sorrir</li> <li>• Mostrar os dentes</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b>03/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. M.C. apresenta um discurso perceptível, embora ligeiramente lentificado;</li> </ul> <p><b>04/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizados ensinios á esposa e filhos do Sr. M.C. de como manter uma comunicação eficaz;</li> </ul> <p><b>07/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. M.C. realiza os exercícios oro faciais apenas quando incentivado.</li> </ul> <p><b>08/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém necessidade de ser</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Massagem da face</li><li>• Encher a boca de ar</li><li>• Depressão do lábio inferior, auxiliando se necessário com a mão não lesada para a finalização destes exercícios</li></ul> <p>- Explicar sempre os procedimentos antes de qualquer exercício;</p> <p>- Promover um ambiente calmo, e sem distrações;</p> <p>- Disponibilizar tempo para que a comunicação se efectue;</p> <p>- Estabelecer uma relação empática;</p> <p>- Ensinar a família sobre a forma mais eficaz de comunicar , com o objectivo de reduzir a ansiedade de ambas as partes;</p> <p>- Valorizar os pequenos progressos, procedendo ao reforço positivo;</p> <p>- Observar a linguagem não-verbal do Sr. M.C.com a finalidade de despistar sinais de fadiga.</p>	<p>incentivado para realizar os exercícios oro-faciais.</p> <p><b>10/01/2013</b></p> <p>- O doente mantém um discurso perceptível. Revela melhoras na articulação das palavras;</p>
--	--	--	---

<p><b>Alteração do equilíbrio postural estático e dinâmico sentado e em pé relacionado com o AVC manifestado por lateralização do tronco para a direita quando sentado e equilíbrio estático em pé instável.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar/readquirir o equilíbrio postural estático e dinâmico sentado e em pé, de uma forma gradativa.</li> <li>- Reeducar o mecanismo do reflexo postural;</li> <li>- Ensinar o que se pretende que se realize activamente;</li> <li>- Reeducar a imagem psico-motora,</li> <li>- Melhorar progressivamente a tolerância do Sr. M.C. ao esforço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar previamente o procedimento ao Sr. M.C.;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a realização de actividades terapêuticas no leito;</li> <li>- Incentivar a pessoa a fazer levante diariamente;</li> <li>- Monitorizar o equilíbrio: estático e dinâmico com o doente sentado e em pé;</li> <li>- Executar técnicas de equilíbrio sentado (com bola suíça, imputar desequilíbrio no doente) e em pé;</li> <li>- Instruir o Sr. M.C. sobre estratégias de compensação de equilíbrio [com recurso a espelho quadriculado];</li> <li>- Treinar estratégias de compensação de equilíbrio [espelho quadriculado]</li> <li>- Assistir o Sr. M.C. a colocar-se de pé;</li> <li>-Despistar alterações hemodinâmicas decorrentes do levante;</li> <li>- Proceder á correcção postural do Sr. M.C. em frente ao espelho de forma a melhorar o seu equilíbrio postural;</li> <li>- Vigiar o posicionamento dos pés;</li> <li>- Utilizar calçado adequado</li> </ul>	<p><b>04/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizou as seguintes AT com indicação verbal dos passos a adoptar para a execução das mesmas:</li> <li>- Ponte com apoio no joelho e pé direito, elevação parcial da bacia após estimulação táctil (“toques suaves”) na região glútea lateralizada á direita;</li> <li>- Rola para o lado afectado, activamente;</li> <li>- Rola para o lado são com maior dificuldade, necessitando de ajuda para o concretizar;</li> <li>- Participou no número de séries solicitadas, com tolerância.</li> <li>- Realizado 1º levante para a cadeira de rodas após os cuidados de higiene no leito, respeitando o posicionamento em padrão anti-espástico. Para a transferência da cama para a cadeira de rodas foi utilizado o disco giratório. Base de sustentação muito reduzida, sem mobilidade do membro inferior direito.</li> <li>-Durante a técnica do levante necessitou de auxílio para fazer a elevação do tronco do leito e posteriormente, para exteriorizar</li> </ul>
--	---	--	--

		<p>(fechado e com sola antiderrapante para uma marcha segura e evitar quedas) de forma a facilitar o treino de carga;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o alinhamento corporal;</li> <li>- Efectuar a correcção postural em frente ao espelho quadriculado;</li> <li>- Efectuar reforços positivos em cada etapa;</li> <li>- Proceder aos registos de actividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios, potencialidades e cooperação da doente.</li> </ul>	<p>os MI's para fora do mesmo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correcção postural em frente ao espelho quadriculado;</li> <li>- Efectuado treino do equilíbrio estático e dinâmico sentado, com recurso a bola suíça. Equilíbrio deficiente.</li> </ul> <p><b>07/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizadas AT no leito de forma activa pelo doente, embora careça de estímulo verbal para a sua efectivação. Evidencia maior dificuldade no rolamento para o lado são, necessitando de ajuda.</li> <li>- Realizada transferência do leito para a cadeira sanitária, e desta para a cadeira de rodas, após os cuidados de higiene no duche;</li> <li>- Apresenta dificuldade em pôr-se de pé e manter uma postura correcta. Obedece aos comandos e procura corrigir a postura. Base de sustentação ainda muito reduzida.</li> <li>- O equilíbrio dinâmico em pé, ainda está débil;</li> <li>- Realizado ensino, instrução e treino à familiar cuidadora sobre actividades terapêuticas no leito</li> </ul>
--	--	---	--

			<p>e posicionamentos em padrão anti-espástico.</p> <p><b>08/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O Sr. M.C. apresenta ligeiro aumento do tônus muscular, que não condiciona a realização dos exercícios passivos</li><li>- Executa a técnica do levantar pelo lado lesado, com indicação verbal dos passos a adoptar para a execução do mesmo. No entanto ainda necessita de ajuda parcial para fazer a elevação do tronco do leito e posteriormente carga no cotovelo.</li><li>- Evidencia maior grau de envolvimento, quando os exercícios estão implícitos em atividades de vida diária, uma vez que reconhece nos mesmos a aquisição de competências para garantir a sua autonomia;</li><li>- Feito treino de marcha controlada. Apresenta marcha claudicante, com dificuldade em realizar flexão e extensão da articulação coxo-femural e flexão dos joelhos (apenas quando em posição ortostática). Necessita de algum estímulo</li></ul>
--	--	--	--

		<p>verbal para realizar a flexão das articulações do joelho e coxo femural do MI lesado quando deambula com o apoio do andarilho;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Deambulou do quarto até á sala de espera que se encontra á entrada do serviço; +- 50 metros, com apoio e supervisão;</li><li>- Realizou pequenos períodos de descanso (+- 5 a 10 ') durante o treino de marcha, nos cadeirões e/ ou cadeiras que se encontravam ao longo do corredor do serviço;</li><li>- Efectuada correcção postural em frente ao espelho quadriculado de forma a melhorar equilíbrio postural dinâmico do Sr. M.C. em pé;</li><li>- Ficou sentado em CR em padrão anti-espástico, com mesa de trabalho devidamente posicionada dado ser hora de almoço.</li></ul> <p><b>10/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realiza as actividades terapêuticas no leito, com maior dificuldade aquando do rolamento para o lado são, necessitando de ajuda para o</li></ul>
--	--	---

			<p>concretizar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O Sr. M.C. parece estar motivado para a realização do programa de enfermagem de reabilitação implementado.</li><li>- Deambulou no período da manhã, aproximadamente 200 metros com recurso ao andarilho. Apresenta marcha claudicante;</li><li>- Realizou treino de subir e de descer escadas (18 degraus que dão acesso aos pisos superiores do serviço de Neurologia);</li><li>- Realizou treino de marcha após o almoço com produto de apoio – bengala quadripé, sob supervisão, aliado a reforço positivo;</li><li>- Consegue assumir a posição de pé sozinho, com apoio unilateral – bengala quadripé. Necessita apenas de pequenas orientações, uma vez que a base de sustentação se mantém tendencialmente reduzida. Corrige após indicações verbais.</li><li>- Reforçado treino de competências da familiar cuidadora no que diz respeito às</li></ul>
--	--	--	--



			actividades terapêuticas, mobilizações, posicionamento em padrão anti-espástico e treino de marcha. Não apresentou dificuldade na execução das técnicas, nem referiu dúvidas.
<b>Risco de ocorrência de novo AVC.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir o risco de ocorrência de AVC,</li> <li>- Manter os valores tensionais normalizados, dentro dos parâmetros normais para o doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar a tensão arterial do Sr. M.C. e proceder ao seu respectivo registo durante o internamento;</li> <li>- Comunicar ao médico quaisquer alterações detectadas.</li> <li>- Recomendar à D.<sup>a</sup> I. que monitorize e registe os valores tensionais do seu marido aquando do domicílio;</li> <li>- Incentivar a D.<sup>a</sup> I. a articular-se com o médico assistente para alteração da terapêutica, se necessário;</li> </ul>	<p><b>Durante o internamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O doente apresentou os valores tensionais normalizados durante o decorrer do internamento;</li> <li>- Manteve terapêutica anti hipertensora em esquema.</li> </ul>
<b>Alteração da expressão facial/ mímica facial da hemiface direita relacionada com o AVC, manifestada por parésia central facial (andar inferior).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a auto-estima do Sr. M.C.;</li> <li>- Rreeducar a musculatura oro-facial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar espelho quadriculado ao Sr. M.C.</li> <li>- Instruir o Sr. M.C. e família sobre técnicas de exercícios musculo- articulares da face [frente ao espelho, abrir e fechar a boca de forma exagerada, com a boca fechada mostrar os dentes, fechar a boca e simular beijos]. Sempre que necessário</li> </ul>	<p><b>04/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. M.C participou nas actividades propostas, realizando os exercícios solicitados, com recurso ao uso do espelho quadriculado;</li> </ul> <p><b>07/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Sr. M.C. realiza os exercícios oro faciais apenas quando incentivado.</li> </ul>

		<p>auxiliar com a mão não lesada para a finalização destes exercícios.</p> <p>- Assistir o Sr. M.C. e família nas técnicas de exercícios muscularto-articulares da face [frente ao espelho, abrir e fechar a boca de forma exagerada, com a boca fechada mostrar os dentes, fechar a boca e simular beijos]. Sempre que necessário auxiliar com a mão não lesada para a finalização destes exercícios.</p> <p>- Treinar o Sr. M.C. e família nas técnicas de exercícios muscularto-articulares da face [frente ao espelho, abrir e fechar a boca de forma exagerada, com a boca fechada mostrar os dentes, fechar a boca e simular beijos]. Sempre que necessário auxiliar com a mão não lesada para a finalização destes exercícios.</p>	<p>- Facultado à D.<sup>a</sup> I. (impresso do Google) um documento orientador dos exercícios mencionados, para leitura, visualização dos mesmos e esclarecimento de dúvidas.</p> <p><b>08/01/2013</b></p> <p>- Mantém necessidade de ser incentivado para realizar os exercícios oro-faciais.</p> <p><b>10/01/2013</b></p> <p>- Mantém parésia da hemiface direita, embora menos acentuada.</p>
<p><b>Alteração do padrão vesical, relacionado com presença de algália decorrente do AVC, manifestado por incontinência urinária.</b></p>	<p>- Que o Sr. M.C. consiga controlo do esfíncter vesical.</p>	<p>- Assistir a eliminação vesical;</p> <p>- Monitorizar [saco colector de urina]</p> <p>- Vigiar [características da urina]</p> <p>- Advogar [a participação do</p>	<p><b>04/01/2013</b></p> <p>- Retirada algália no final do turno da manhã. Teve micção espontânea na fralda durante a tarde.</p>

		<p>doente no otimizar da fralda pelas AT: rolar e ponte, colocação da urinol e transferências para a sanita];</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar o uso de estratégias adaptativas para controlo da eliminação vesical [oferecer urinol antes dos cuidados de higiene após as refeições e em horário pré – estabelecido, ir ao sanitário, usar a sanita].</li><li>- Treinar o uso de estratégias adaptativas para controlo da eliminação vesical [oferecer arrastadeira antes dos cuidados de higiene após as refeições e em horário pré – estabelecido, transferir para a sanita].</li></ul>	<p><b>07/01/2013</b></p> <p>- O Sr. M.C. urina no urinol, que se encontra lateralizado á sua direita na cama, promovendo assim a facilitação cruzada. Utilizou fralda a seu pedido para sua protecção.</p> <p><b>08/01/2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- o Sr. M.C deslocou-se até á casa de banho para urinar, com ajuda.</li><li>- Utilizou fralda a seu pedido para sua protecção.</li></ul> <p><b>10/01/2013</b></p> <p>O Sr. M.C. apresentou micções espontâneas na sanita a seu pedido, necessita de supervisão do enfermeiro para se deslocar á casa de banho, com apoio unilateral.</p>
--	--	--	--

Apêndice V c) - Apêndice II - Formação apresentada no  
SEM, intitulada “A paralisia facial e a pessoa com AVC



## Ensino Clínico

### Serviço de Especialidades Médicas - Neurologia

#### "Reabilita Mais"

#### A Paralisia Facial e a pessoa com AVC



Promoção da mobilidade  
Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com AVC, como suporte para a alta

Carmen Borralho  
Aluna do 3º Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem de Reabilitação  
Supervisor do Ensino Clínico:  
Enf.º Especialista de Reabilitação  
Orientadora da ESEL:  
Docente Vanda Marques Pinto

Fevereiro 2013



## Objectivos da apresentação

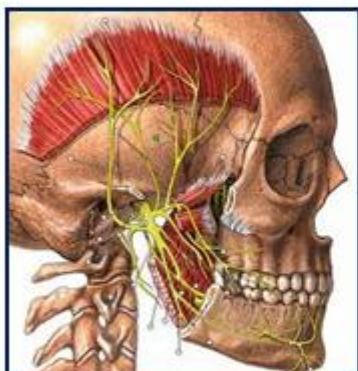
Definir o conceito de paralisia facial;

Enumerar as manifestações clínicas da paralisia facial periférica e central. Que diferenças?;

Enumerar as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de reabilitação dos músculos da mímica facial no doente com AVC;

Apresentar à equipa de enfermagem o poster sobre paralisia facial a afixar no SEM e o panfleto dirigido ao familiar cuidador do doente com AVC, sobre o tema desenvolvido.

## Nervo facial



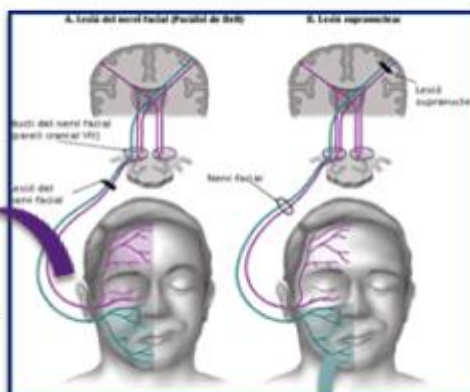
VII par craniano:  
Emerge TC (nível bulbo pontino)  
Nervo misto (funções motoras, sensitivas e vegetativas)

Músculos face

- Paladar 2/3 anteriores língua  
- Pavilhão auricular e canal  
auditivo externo

-Glândulas lacrimais  
e salivares

## O que é a paralisia facial?



Os músculos do 1/3 da face são controlados pelas fibras supranucleares provenientes dos dois hemisférios, logo as fibras lesadas são compensadas pelas fibras do hemisfério oposto.

Os músculos dos 2/3 inferiores da face recebem apenas fibras do córtex contralateral.



## Paralisia facial periférica e central. Que diferenças?

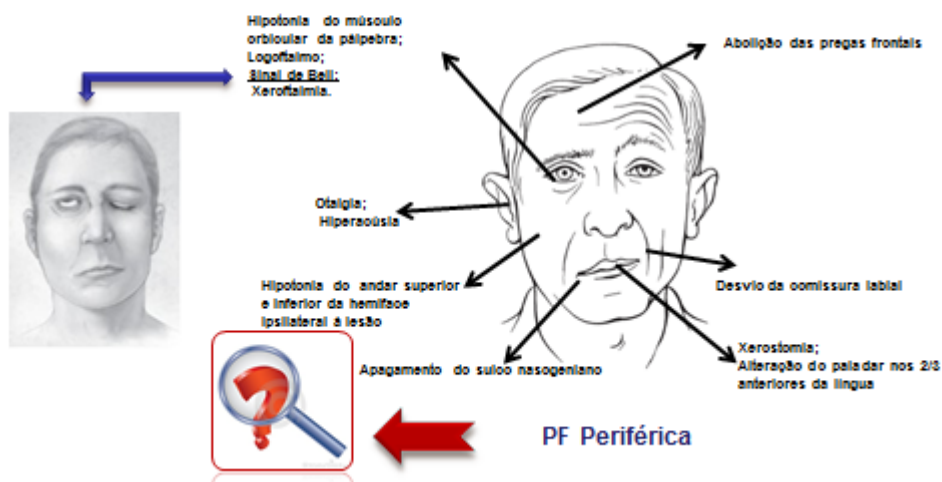


PF Central

PF Periférica



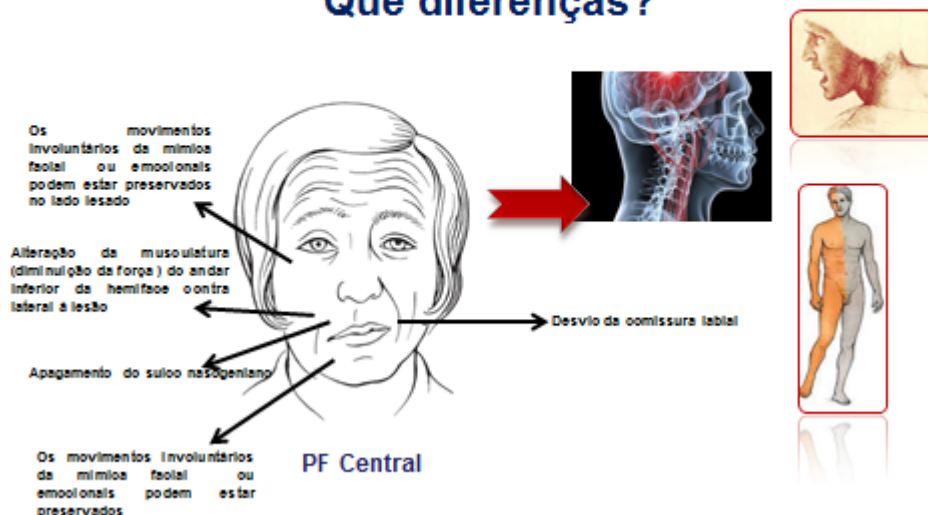
## Paralisia facial periférica e central. Que diferenças?



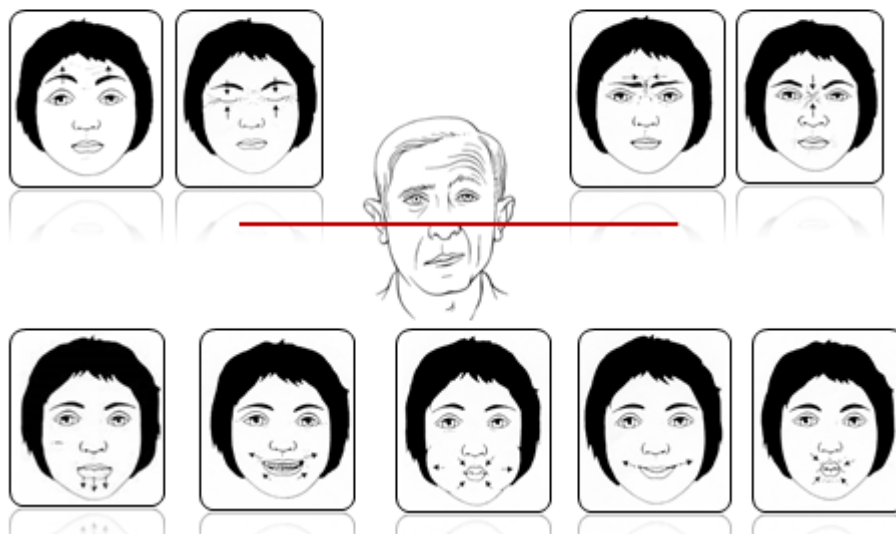




## Paralisia facial periférica e central. Que diferenças?



## Intervenções de enfermagem





## Intervenções de enfermagem



O processo de reabilitação do doente com AVC " não pode terminar no hospital nem no momento da alta (...) " pois o seu sucesso depende da "continuidade, da coordenação e da interrelação do trabalho desenvolvido por toda uma equipa" Martins (2002,p.88, 89)



## Conclusão





## Bibliografia

- BATISTA, Maria; MENDES, Wanderléia (2011) - **Tratamento fisioterapêutico da paralisia facial periférica: uma revisão da literatura**. Santa Luzia-MG. Faculdade da Cidade de Santa Luzia. 2011
- BORBA, M. (1998). "*Monografia de especialização em motricidade oral – Paralisia facial periférica: anatomia e fisiologia*". Recife: CEFAC
- CALAIS, L. L.; GOMEZ, M. V. S. G.; BENTO, R. F.; COMERLATTI, L. R. (2005). "**Avaliação funcional da mímica na paralisia facial central por acidente cerebrovascular**", in *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 17, n.º 2. São Paulo: Barueri
- LAZARINI, P. R.; FERNÁNDEZ, A. M. F.; BRASILEIRO, V. S. B.; CUSTÓDIO, S. E. V. (2002). "**Paralisia facial periférica por comprometimento do tronco cerebral - a propósito de um caso clínico**" in *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 68, n.º 1
- Imagens acedidas a 27/01/2013 às 11h35 <http://www.paralisiafacial.com/paralisia-facial-exercicios-faciais.html>

Apêndice V c) - Apêndice III - Plano de Sessão sobre a  
formação, intitulada “A paralisia facial e a pessoa com AVC

## SERVIÇO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - NEUROLOGIA

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO

#### TEMA

#### “Reabilita Mais” - A paralisia facial e a pessoa com AVC

- Definição de paralisia facial.
- Paralisia facial central e periférica, que diferenças?
- Enumerar as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de reabilitação dos músculos da mímica facial na pessoa com AVC;
- Apresentação do poster sobre paralisia facial a afixar no SEM e do panfleto dirigido ao familiar cuidador da pessoa com AVC, sobre o tema desenvolvido.



#### DESTINATÁRIOS:

Equipa de Enfermagem do SEM

#### LOCAL:

Sala de Enfermagem

#### DIAS:

11, 13 e 15 de Fevereiro 2013

#### HORÁRIO:

16h00 às 16h20m

#### PRELECTOR (ES):

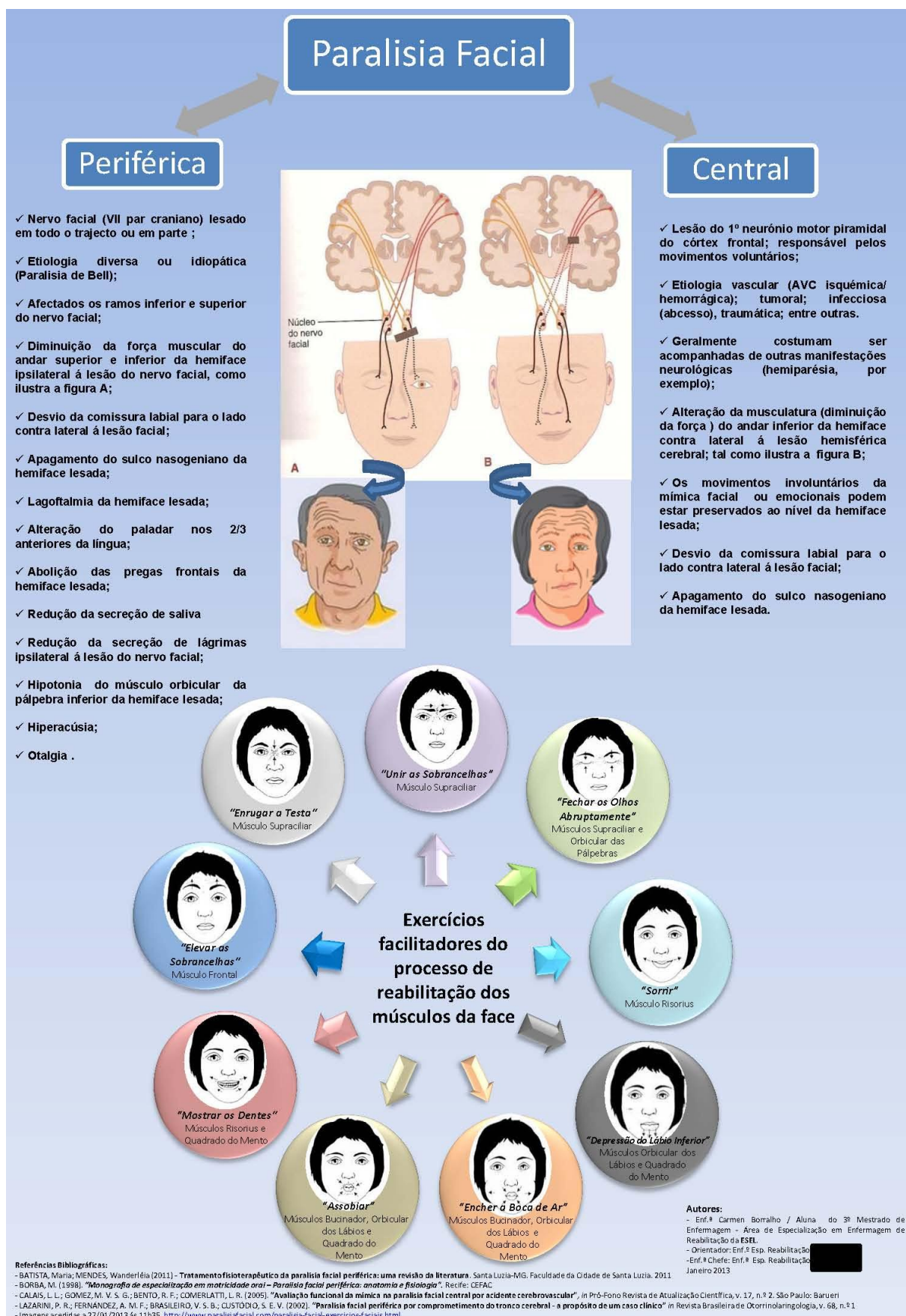
- Enf.<sup>a</sup> Carmen Borralho/ Aluna do 3º Mestrado de Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, ESEL



**Orientador:** Enf.º Esp. Reabilitação  
**Enf.<sup>a</sup> Chefe:** Enf.<sup>a</sup> Esp. Reabilitação

Apêndice V c) - Apêndice IV - Poster e panfleto sobre o  
tema - A paralisia Facial





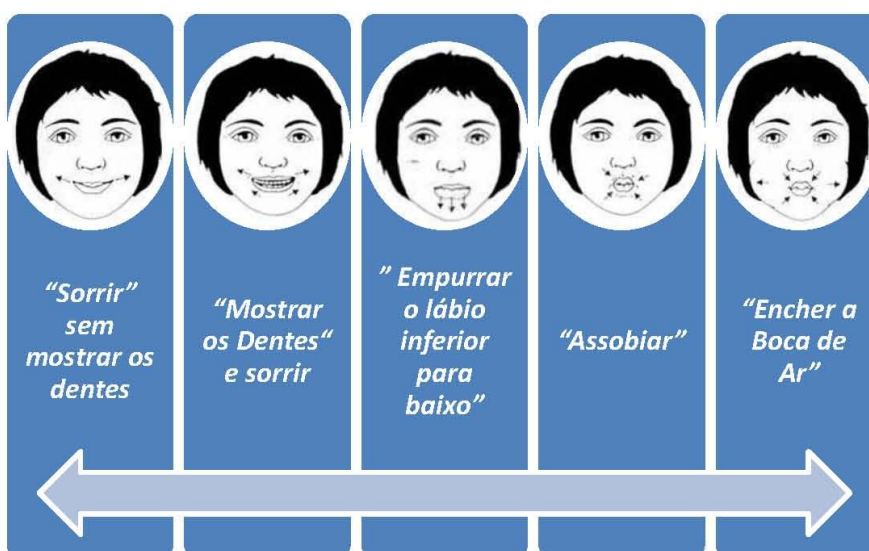


## Exercícios de reeducação dos músculos da mímica facial na pessoa com AVC

Este folheto foi elaborado a pensar em si, que vai cuidar diariamente do seu familiar que sofreu um AVC, e na forma como o poderá ajudar a recuperar a sua expressão facial.

Assim, em casa, incentive o seu familiar a realizar os seguintes exercícios :

- duas vezes por dia e em frente a um espelho;
- de preferência sentado;
- durante 15 minutos cada sessão.



**Pode ainda, estimular o seu familiar:**  
Durante as refeições a beber os líquidos por uma palhinha.



A simular um beijo.

Se tiver dúvidas, esclareça-as com o Enfermeiro Especialista em Reabilitação, antes da alta.

Apêndice V c) - Apêndice V - Apresentação do trabalho intitulado, Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com AVC, exposto na Conferência



**Intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação aos familiares cuidadores da pessoa com AVC, como suporte para a alta**

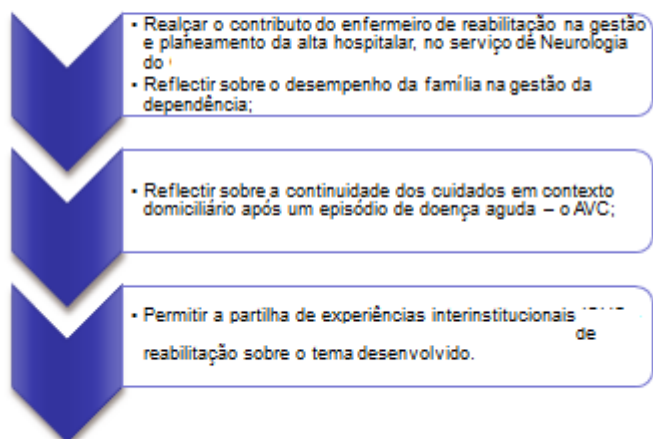
Supervisor do Ensino Clínico:  
Enf.ª Especialista de Reabilitação,  
Enfermeira Chefe:  
Enf.ª Especialista de Reabilitação,  
Orientadora de EBE:  
Docente Vanda Marques Pinto

Carmen Borralho  
Aluna do 3º CMEER,  
ESEL

18 de Fevereiro 2018

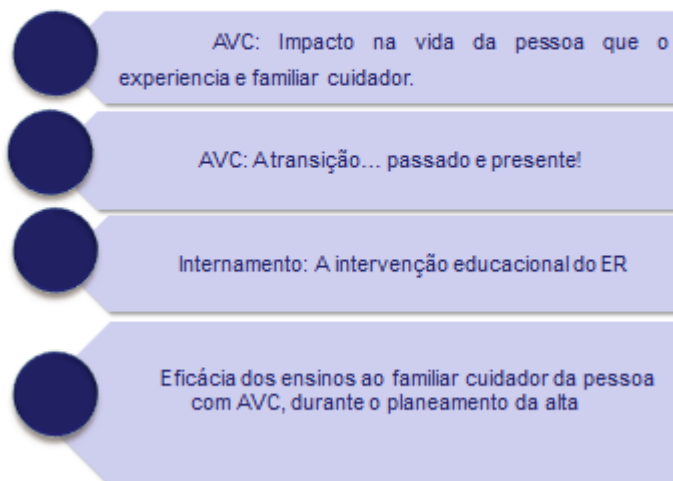


## Objectivos da apresentação

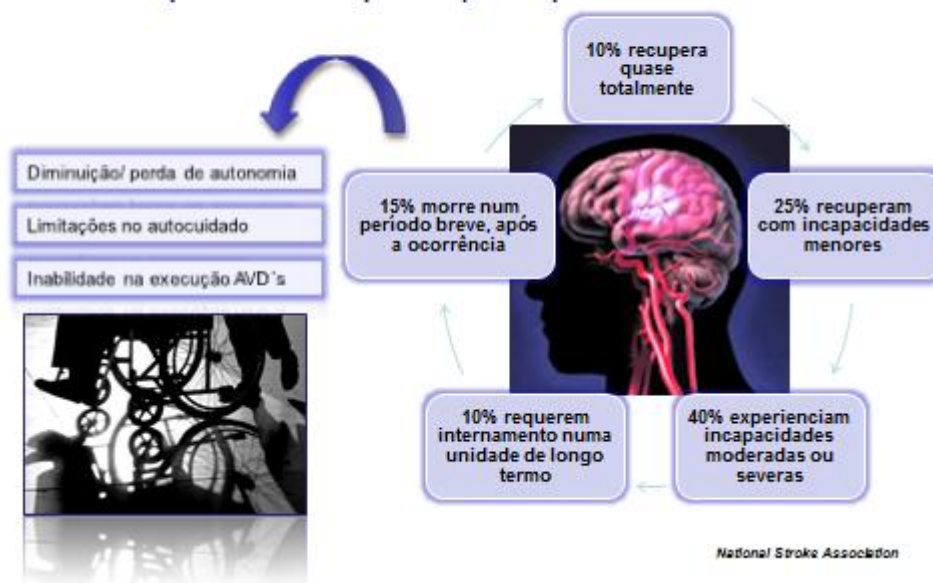




## Sumário da apresentação



## AVC: Impacto na vida da pessoa que o experiencia e familiar cuidador





## AVC: Impacto na vida da pessoa que o experiencia e familiar cuidador



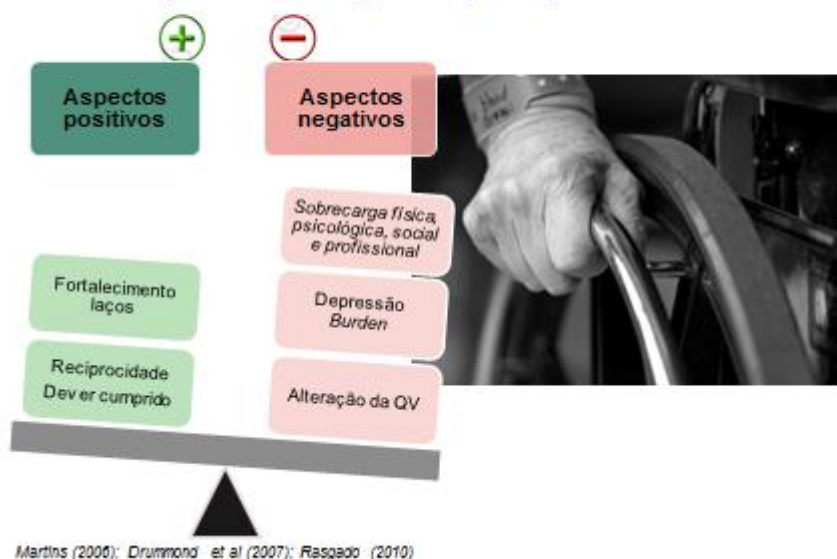
2007 – 10,3 dias  
(duração média de internamento)  
Ministério Saúde

Reabilitação - contexto  
extra hospitalar – familiar  
cuidador (protagonista)

9 meses após a alta hospitalar -  
77,1% pessoas com AVC  
necessitam de um cuidador  
Martins, 2008



## AVC: Impacto na vida da pessoa que o experiencia e familiar cuidador



Martins (2006); Drummond et al (2007); Rasgado (2010)



## AVC: A transição... passado e presente!

Passado, voluntariamente construído ≠ presente forçosamente adquirido



## Internamento: A intervenção educacional do ER



No CD, o artigo 89º - Da humanização dos cuidados, na alínea b), clarifica o dever do enfermeiro de "contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa" (Decreto-lei 104/08).



Petronilho (2007, Young e Foster (2007)





## Internamento: A intervenção educacional do ER

Oracle

Intervenções do Serviço

Intervenção: Instruir o prestador de cuidados sobre a técnica de transferência

Descrição: Instruir é um tipo de informar com as características específicas. Dar a alguma informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde.

Registo: 797

ICN/CIPE, Versão 1.0 (2008, p. 137)



## Internamento: A intervenção educacional do ER

Oracle

Intervenções do Serviço

Intervenção: Instruir o prestador de cuidados para a técnica de transferência

Descrição: Instruir é um tipo de ensinar com as características específicas. Dar a alguma informação sistematizada sobre como fazer alguma coisa.

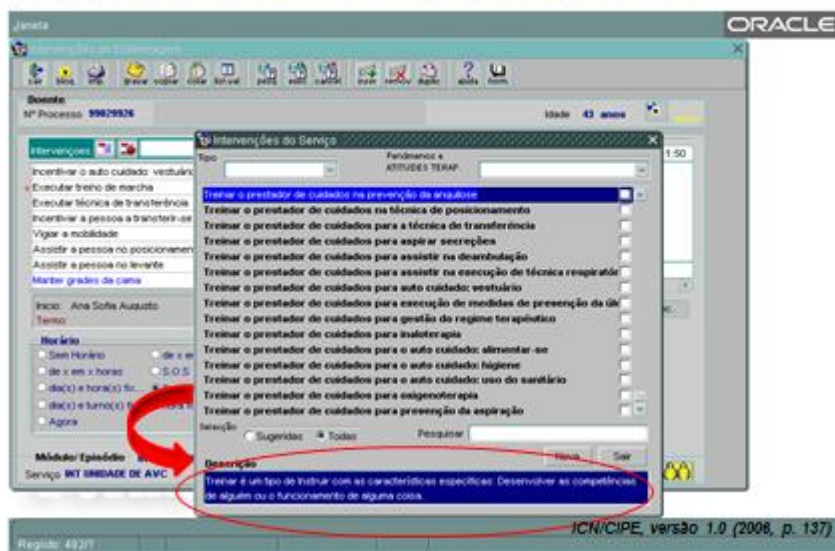
Registo: 2697

ICN/CIPE, Versão 1.0 (2008, p. 137)





## Internamento: A intervenção educacional do ER



## Internamento: A intervenção educacional do ER



### A informação escrita

"contribui para melhorar os seus conhecimentos e capacidades e responder, assim de forma adequada aos desafios de saúde em contexto familiar. A informação escrita constitui, também, um recurso valioso para clarificar algumas dúvidas que possam surgir enquanto estão sozinhos".

Petronilha, p.150, 2007



## Eficácia dos ensinamentos ao familiar cuidador da pessoa com AVC, durante o planeamento da alta

Ensino à Pessoa/Família com AVC

Data de internamento: \_\_\_\_\_ Data de alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Identificação do cuidador/ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Contacto fixo/móvel: \_\_\_\_\_

Demonstrada aprendizagem de capacidades em relação a:	Internamento		Follow-up	
	Demonstrado	Não Demonstrado	Demonstrado	Não Demonstrado
1. Posicionamentos				
2. Mobilizações/transferências				
3. Alimentação				
4. Cuidados de higiene/vestir e despir				
5. Exercícios terapêuticos: Rolamento, ponte				
6. Eliminação vesical/intestinal				
7. Comunicação com a pessoa				
8. Treino de marcha				
9. Prevenção de quedas				
10. Adaptação do WC/casa				

Legenda: NA = Não aplicável

Dúvidas/sugestões: \_\_\_\_\_

Follow-up



## Eficácia dos ensinamentos ao familiar cuidador da pessoa com

### AVC, durante o planeamento da alta

#### Evidência científica revela:

- Diminuição da mortalidade
- Diminuição do número de readmissões hospitalares
- Melhoria da percepção da QV enquanto cuidadores
- Diminuição dos índices de depressão

Straten et al, 1997; Kalra et al, 2004; Patel et al, 2004; Young & Foster, 2007





## Conclusão...



O processo de reabilitação do doente com AVC “ não pode terminar no hospital nem no momento da alta (...) ” pois o seu sucesso depende da “continuidade, da coordenação e da interrelação do trabalho desenvolvido por toda uma equipa.”

Martins (2002, p.88, 89)





## Bibliografia

- DRUMMOND, K.; Pierce, L.; Steiner, V.; Hicks, B. (2007) – Young females' perceived experience of caring for husbands with stroke [em linha]. Online Journal of Nursing Informatics. 11 (2). Acedido em 2012-06-25. Disponível em : [http://ojni.org/11\\_2/drummond.htm](http://ojni.org/11_2/drummond.htm)
- KALRA [et al] – (2004) – Training carers of stroke patients: randomized controlled. British Medical Journal. Volume 328. (May 2004). p.1-5.
- MARTINS, T. (2006) – Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Editora Formasau. ISBN: 972-8485-65-4.
- MELEIS, A. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science. 23(1). (2000). p.12-28.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) – Morbilidade Hospitalar: Serviço Nacional de Saúde 2004-2006 [em linha]. Direcção Geral de Saúde. Lisboa. Acedido em 2012-07-02. Disponível em: [http://www.saude.gov.pt/naoeditadas/publicacoes/estatisticas/morbilidade\\_hospitalar\\_2004\\_2006.pdf](http://www.saude.gov.pt/naoeditadas/publicacoes/estatisticas/morbilidade_hospitalar_2004_2006.pdf)
- NATIONAL STROKE ASSOCIATION – Rehabilitation Therapy after Stroke [em linha]. Acedido em 2012-07-14. Disponível em <http://www.stroke.org/site/PageServer?cid=20000000-REHAB>
- PATEL, A.; Knapp, M.; Evans, A.; Perez, I.; Kalra, L. (2004) - Training care givers of stroke patients: economic evaluation. British Medical Journal. Vol. 328.p.1-6.
- PETRONILHO, F. (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-91-7.
- RASGADO, S.; SANTOS, V. (2010). O descanço do cuidador. Pretextos. N.º 39. (2010).
- STRATEN, M.; MEULEN, J.; BOS, G.; LIMBURG, M. (1997) – Length of hospital stay and discharge delays in stroke patients. [em linha]. AHA Journals. Volume 28. p.137-140. Acedido em 2012-06-25. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/28/1/137.full>
- YOUNG, J. & FORSTER, A. (2007) – Rehabilitation after stroke. British Medical Journal. 13, 334.(Jan.2007). p. 86-90.

Apêndice VI - Guiões das entrevistas realizadas nos  
diferentes módulos do Ensino Clínico na fase pré práxis

## Guiões das entrevistas

Local de ensino clínico proposto	Guião para entrevista
ACES [REDACTED] Entrevista informal efectuada no dia 31/05/2012 às 9H com a Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Quantos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação têm na instituição?</li><li>▪ Qual o horário que os Enfermeiros Especialistas praticam?</li><li>▪ Que funções desempenham?</li><li>▪ Em que horários e com que frequência são feitas as visitas domiciliárias?</li><li>▪ Qual a área de abrangência?</li><li>▪ Como é constituída a equipa multidisciplinar?</li><li>▪ Como é que é feita a articulação com os outros elementos da equipa multidisciplinar?</li><li>▪ Quais as situações mais comuns?</li><li>▪ Qual a origem dos doentes? Referenciação? Como se processa todo o circuito do doente, desde a admissão à alta?</li><li>▪ Qual o papel do familiar cuidador no processo terapêutico?</li><li>▪ Quais as maiores dificuldades de readaptação, sentidas e/ou manifestadas pelas familiares cuidadores e pessoas que regressam a casa com alterações da mobilidade resultantes de AVC?</li><li>▪ O que seria necessário fazer no internamento/antes do regresso a casa, que facilitasse a readaptação das pessoas à sua nova condição?</li></ul>

Serviço de Neurologia -Unidade de AVC

Sr.<sup>a</sup> Enfermeira

Coordenadora do serviço.

Entrevistas efectuadas; com a Sr.<sup>a</sup>

Enfermeira Chefe no dia 14/05 às 10h de 2012 e com o Sr.<sup>o</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

no dia 28 de Maio de 2012

- Como é feita a formação dos enfermeiros especialistas em reabilitação? Que projetos relacionados com reabilitação, existem no serviço?
- Dificuldades sentidas pela equipa?
- Quantos enfermeiros especialistas em reabilitação têm a instituição?
- Que funções desempenham?
- Qual o horário dos Enfermeiros Especialistas?
- Qual a área de abrangência?
- Quantas vagas/camas existem no serviço?
- Qual a demora média de internamento das pessoas em processo de doença como consequência de AVC?
- Como é que é feita a articulação com os Fisioterapeutas e outros elementos da equipa multidisciplinar?
- Qual o circuito da pessoa com AVC desde a admissão no Serviço de Urgência Geral até ao seu internamento no serviço de neurologia? A pessoa com AVC tem via verde?
- Quais as situações mais comuns de internamento?
- Como é que é feito o regresso a casa? Tem apoio da comunidade? Se sim, como é que é feito esse encaminhamento? Há alguma visita do enfermeiro especialista do serviço ao domicílio da pessoa doente?
- Como é feita a formação dos enfermeiros especialistas em reabilitação? Que projetos relacionados



Serviço de Neurocirurgia [REDACTED].

De referir que inicialmente, a sua proposta de ensino clínico recaiu sobre o [REDACTED], tendo a entrevista sido realizada a 11 de Maio de 2012 das 11h às 13h, com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira [REDACTED]. Contudo por indisponibilidade do serviço e acordo com o período temporal definido para este ensino clínico, foi alocada no serviço de neurocirurgia do [REDACTED].

com reabilitação, existem no serviço?

- Que dificuldades são sentidas pela equipa?
- Quantos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação tem o serviço?
- Que funções desempenham?
- Qual o horário que praticam?
- De que profissionais é constituída a equipa multidisciplinar? Como funciona a articulação entre os diferentes elementos?
- Como é que funciona o acompanhamento dos doentes no internamento?
- Fazem visitas domiciliárias?
- É necessária a intervenção de outras organizações da comunidade ou o Hospital dá resposta a todas as pessoas referenciadas? Qual a duração do acompanhamento?
- Como é feita a formação dos enfermeiros especialistas em reabilitação? Que projetos existem relacionados com reabilitação?
- Que dificuldades são sentidas pela equipa?

Apêndice VII - Caracterização da ECCI onde decorreu  
o Ensino Clínico

## **CARACTERIZAÇÃO DA ECCI DE UM ACES SITUADO NA MARGEM SUL E VALE DO TEJO, ONDE DECORREU O ENSINO CLÍNICO**

A ECCI insere-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade, (UCC) e tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, no domicílio e na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados, visando a obtenção de ganhos em saúde. E consiste numa equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social (...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer o internamento (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Sucintamente, a UCC encontra-se organizada por equipas de intervenção multidisciplinares que se articulam de forma informal e autónoma entre si, e é constituída por vários gabinetes, correspondentes aos serviços que prestam. Assim sendo, nela podemos encontrar: o gabinete da ECCI, o gabinete da enfermeira coordenadora da UCC, o secretariado, o gabinete da equipa da saúde escolar e onde se realizam os cursos de preparação para a parentalidade e por último o gabinete da equipa de intervenção precoce e da equipa da comissão de protecção de crianças e jovens. A UCC conta ainda com uma arrecadação (consumo clínico diverso, de apoio á prestação de cuidados).

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicóloga, assistente social, higienista oral, terapeuta da fala, nutricionista e três administrativos. O apelo a uma actuação numa perspectiva global é cada vez mais frequente, a qual privilegia “a promoção da saúde e a prevenção da doença, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e Reabilitação” em que no sentido de assegurar e promover a continuidade dos cuidados “as parcerias com os cuidados de saúde primários assumem uma posição de relevo”, tal como preconizam Menoita, et al (2012, Nota Introdutória).

A área de abrangência a que a UCC dá resposta é vasta (um total de 461 Km2). A ECCI da UCC é composta pelos recursos profissionais da UCC. Quanto á equipa de

enfermagem conta com seis enfermeiros, sendo um deles EEER. Os elementos de enfermagem são, em simultâneo, os que fazem parte da equipa de cuidados continuados (ECC). Sempre que necessário, os elementos da equipa multidisciplinar supra referidos intervêm de acordo com a sua área de intervenção.

A ECCI e ECC contam com apenas uma EEER, (responsável pela supervisão do EC), que para além de cuidados de enfermagem de reabilitação também presta cuidados de no âmbito das visitas domiciliárias (prestação de cuidados no âmbito paliativo e de tratamento) aos fins-de-semana. A ECCI tem capacidade para dar resposta a 50 pessoas e os critérios de admissão são: ter um nível de dependência global (transitória ou crónica) que impeça a sua deslocação ao centro de saúde; residir na área de influência da UCCP; existir (preferencialmente) um cuidador principal disponível para colaborar na prestação de cuidados informais.

## Apêndice VIII - Breve apresentação da RNCCI

## **CARACTERIZAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – RNCCI**

### **BREVE ABORDAGEM**

No que concerne às respostas sociais direccionadas para a reabilitação das pessoas com AVC, estas têm vindo a melhorar ao longo dos anos, no entanto, não estão ainda próximo das necessidades daquela população.

Ao longo dos 30 anos de existência do Sistema Nacional de Saúde (SNS), foi criada inúmera legislação para regulamentar a actividade dos órgãos prestadores de cuidados de saúde. Foram-se diferenciando estruturas de acordo com as necessidades encontradas e em 2006 surge um modelo de intervenção articulado com uma filosofia preventiva, recuperadora e paliativa - a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), visando dar resposta às problemáticas de saúde inerentes ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, como o AVC. Esta resposta encontra-se num nível intermédio entre os cuidados comunitários e os hospitalares.

A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho<sup>88</sup> é tutelada em parceria pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e composta por um conjunto de instituições, públicas ou privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social através de equipas multidisciplinares que actuam no terreno, em estreita colaboração com os hospitais e centros de saúde. Da RNCCI fazem parte entidades públicas, instituições particulares de solidariedade social (IPSS), entidades privadas com ou sem fins lucrativos e serviços integrados no serviço nacional de saúde (SNS).

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho estabelece, no seu artigo 4º, que o objectivo da RNCCI é a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.” Constituem ainda objectivos específicos da RNCCI:

---

<sup>88</sup> Decreto-Lei nº 101/2006. *Diário da República I – A Série*. 109 (06-06-06) 3856 a 3865

“ (...) b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; (...) ” e “ (...) e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; (...) ” (Decreto- Lei 101/2006 de 6 de Junho, artigo 4º).

Assim, a RNCCI procura desenvolver a prestação de cuidados à pessoa dependente numa perspectiva integradora, considerando o seu contexto, de modo a que as respostas dadas sejam simultaneamente promotoras da autonomia e participação dos destinatários, e facilitadoras no que concerne ao envolvimento da família, através do reforço das suas capacidades e competências para lidar com as situações, nomeadamente no que diz respeito à conciliação das obrigações profissionais com o acompanhamento familiar.

Consideram-se cuidados continuados integrados (CCI) no âmbito da RNCCI:

“ (...) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto- Lei 101/2006 de 6 de Junho, artigo 3º).

A RNCCI baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada com diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social. Constitui assim um importante recurso, não apenas para a pessoa em situação de dependência, mas também para o seu familiar cuidador, na medida em que proporciona a ambos diferentes modalidades de apoio na saúde e a nível social. Embora esteja prevista na RNCCI uma medida específica, denominada, descanso do cuidador, que possibilita o internamento temporário da pessoa dependente para fazer face à necessidade de descanso do principal cuidador, esta é apenas uma medida complementar de todo um conjunto de recursos criados pela RNCCI. Como descrito anteriormente, a promoção da autonomia através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social da pessoa dependente, são apanágio da, também denominada, Rede. Deste modo, e considerando que a melhoria das condições de saúde e bem-estar da pessoa dependente, assim como a promoção da sua autonomia, se traduzirão numa melhor qualidade de vida também do cuidador informal,



poder-se-á afirmar que toda a RNCCI constitui uma mais-valia a considerar no apoio à pessoa dependente e sua família.

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por diferentes tipos de unidades e equipas. Segue-se uma breve apresentação de cada uma delas.

**Unidades de internamento:**

- Unidades de Convalescença – destinadas a doentes com perda transitória e recente da autonomia, na sequência de situação clínica aguda, com potencial de recuperação. Têm como finalidade a estabilização e reabilitação da pessoa em situação de dependência em internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos;
- Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação – destinam-se à prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial a doentes com perda transitória da autonomia, na sequência de situação clínica aguda, com potencial de recuperação. Têm como finalidade a estabilização e reabilitação da pessoa em situação de dependência em internamentos com previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos;

Na tipologia de Média Duração e Reabilitação a demora média no ano 2010 situou-se em 93 dias, apresentando em relação ao ano de 2009 um aumento de 22%, no entanto, no 1º semestre de 2011 a média nacional situou-se em 91 dias, o que representa um decréscimo de 3% comparativamente a 2010, sendo este pouco substancial. Em 2010, a região Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresenta uma demora média de 133 dias, encontrando-se as restantes regiões abaixo dos 90 dias, excepto Algarve com 91 dias. No 1º semestre de 2011 a região de LVT apresentava uma demora média de 113 dias.

- Unidades de Internamento de Longa Duração e Manutenção – destinam-se ao internamento de carácter temporário ou permanente de pessoas com diferentes níveis de dependência, decorrentes de doenças ou outros processos crónicos. Têm como finalidade a prestação de cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, por períodos superiores a 90 dias consecutivos. Estas unidades preveem também o internamento, por períodos inferiores, em situações temporárias resultantes de carência de apoio familiar ou da necessidade de descanso do cuidador informal, até 90 dias por ano;

As unidades de reabilitação com internamento são ainda em número reduzido, o que se reflecte na demora média dos serviços de internamento e principalmente nas sequelas

apresentadas por este tipo de utentes. A finalidade destas unidades é reduzir o internamento em Hospitais de agudos, reduzir a incapacidade funcional e as complicações pós AVC, bem como reduzir o número de utentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno do maior número de utentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho. O estudo de Proot, et al (2007) confirma esta filosofia, revelando que as pessoas que sobreviveram a um AVC poderão apresentar incapacidades residuais consideráveis, requerendo frequentemente de uma continuação do processo de reabilitação após a alta hospitalar. As pessoas que necessitam de internamento para realizar um programa de reabilitação, são frequentemente admitidos num centro ou num serviço de reabilitação para pessoas com AVC, ou em lares. Nestas instituições os objectivos primordiais da reabilitação são: ajudar aquele grupo populacional a recuperar, tanto quanto possível, a sua realização no desempenho dos seus papéis e nas suas capacidades de viver autonomamente, por forma a facilitar a sua reinserção no domicílio e vida social. A sua autonomia vai sofrendo alterações durante o processo de reabilitação, à medida que o grau de autonomia aumenta, o papel da pessoa na reabilitação passa de passivo para activo (Proot, et al, 2007<sup>89</sup>).

- Unidades de Cuidados Paliativos – têm como objectivo o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com situações clínicas complexas e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. Estas unidades podem também proporcionar o internamento temporário destes doentes para descanso do principal cuidador.

#### **Unidades de ambulatório:**

- Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia – destinam-se à prestação de cuidados de suporte e promoção da autonomia a pessoas dependentes que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

#### **Equipas hospitalares:**

- Equipas de gestão de altas – são equipas hospitalares multidisciplinares cujo objectivo é a preparação e gestão das altas, em articulação com outros serviços de modo a promover a continuidade de cuidados às pessoas que necessitem de acompanhamento dos seus problemas sociais e de saúde;

<sup>89</sup> Proot, I. M., et al (2007). Supporting Stroke Patients' Autonomy During Rehabilitation. *Nursing Ethics*. 14, nº2. Obtido em 12, Maio, 2012, em:

<https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=94d5e3ef-4147-4b42-80bf-2b5bc3647ca2%40sessionmgr110&vid=1&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d>

- Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos – são equipas multidisciplinares do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos que têm como finalidade prestar aconselhamento diferenciado aos restantes serviços hospitalares, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal sempre que solicitada a sua actuação.

#### **Equipas domiciliárias:**

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (onde se insere a equipa onde a discente está inserida) – são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social que prestam cuidados domiciliários decorrentes de uma avaliação global a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença que não necessitam de internamento e não podem deslocar-se autonomamente;

A criação das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), com a possibilidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, veio dar resposta a algumas necessidades, embora a demora de resposta seja ainda uma constante a considerar. Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) no ano de 2010 *“verificou-se um aumento substancial da demora média (...) nas diferentes respostas da RNCCI”* a qual se encontra relacionada com o aumento de incapacidade e dependência dos utentes da Rede aquando a admissão (2011, p.76). No 1º semestre de 2011 *“mantem-se um aumento da demora média (número de dias de internamento dos utentes com alta) nas diferentes respostas da RNCCI, relacionada com o grupo etário e níveis de funcionalidade na admissão”* (UMCCI, 2011, p.37).

- Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos – são equipas multidisciplinares com formação diferenciada cuja finalidade é a prestação de apoio e aconselhamento em cuidados paliativos às equipas de cuidados continuados integrados e às unidades de média e de longa duração.

A RNCCI representa uma reforma profunda, e há muito considerada necessária, dos serviços de saúde e apoio social, em Portugal. Pelo seu cariz multidisciplinar e pela abordagem holística da sua intervenção é consensualmente considerada como um avanço em termos de desenvolvimento de políticas intersectoriais, permitindo a parceria entre saúde e apoio social, no âmbito das suas respostas aos utentes e respectivas famílias.

As entidades privadas são também um contributo importante na resposta às necessidades de cuidados das pessoas com dependência e seus cuidadores informais pelo que o *“Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.”* (Lei de Bases nº 48/90, de 24 de Agosto, Base XXXVII<sup>90</sup>). Estas apresentam um leque variado de oferta, que pode variar desde os seguros de saúde, passando pelo apoio domiciliário, até às instituições de cuidados com internamento. As entidades privadas de prestação de cuidados podem dividir-se em organizações de saúde sem fins lucrativos e organizações de saúde com fins lucrativos.

Relativamente às organizações de saúde sem fins lucrativos, nas quais se inserem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são instituições, constituídas por iniciativa de particulares, *“ (...) com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos (...) ”* (Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro - Estatuto das IPSS<sup>91</sup>). Segundo o disposto no artigo 2º do Estatuto das IPSS, estas instituições podem ser de natureza fundacional ou associativa. Caracterizam-se por intervir, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços, com os seguintes fins: o apoio a crianças e jovens, às famílias e à integração social e comunitária; a protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; a promoção e protecção da saúde; a educação e formação profissional dos cidadãos; e a resolução de problemas habitacionais das populações. O Decreto-Lei n.º 186/2006 de 12 de Setembro estabelece o regime de atribuição de apoios financeiros pelo estado a estas instituições.

As organizações de saúde com fins lucrativos *“ (...) estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado”* (Lei de Bases nº 48/90, de 24 de Agosto, Base XXXIX). A hospitalização privada, em especial, funciona em articulação com o Serviço Nacional de Saúde. Compreendendo-se por hospitalização privada o internamento em clínicas ou casas de saúde, gerais ou especializadas e em estabelecimentos termais com internamento, não pertencentes ao estado ou às autarquias locais.

<sup>90</sup> Decreto-Lei nº 48/1990. *Diário da República I – Série*. 195 (90-08-24) 3452 a 3459

<sup>91</sup> Decreto-Lei nº 119/1983. *Diário da República I – Série*. 46 (83-02-25) 643 a 656

Apêndice IX - Caracterização do Serviço de Neurologia,  
UAVC onde decorreu o ensino clínico

## **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NEUROLOGIA/ UAVC DE UM HOSPITAL SITUADO NA MARGEM SUL E VALE DO TEJO, ONDE DECORREU O ENSINO CLÍNICO**

No que reporta à tipologia das Unidades Cérebro Vasculares (UCV), estas podem ser estratificadas em três tipologias<sup>92</sup>: - Unidade Tipo A, em que a abordagem pode ser a 3 níveis: trombólise endovenosa; trombólise endovascular (excisão do coágulo através de abordagem mecânica) e cuidados sistematizados. Conta com as especialidades de Neurocirurgia e Neurorradiologia de intervenção; - Unidade tipo B, com cuidados sistematizados e trombólise endovenosa. Nesta a presença física do especialista em Neurologia nas 24 horas é mandatória e onde se inclui a UAVC onde estagiou; - Unidade tipo C com cuidados sistematizados, as quais consistem em abordagens não invasivas, com total benefício para as pessoas vítimas de AVC em fase aguda, incidindo essencialmente numa intervenção de enfermagem que passa pela monitorização de sinais vitais; avaliação neurológica, prevenção de complicações, na qual o papel do EEER é determinante.

O serviço onde estagiou integra três especialidades distintas, sendo elas a Oncologia, Nefrologia e Neurologia. Especificamente, em relação a esta última, conta com a UAVC e enfermaria, com quatro e oito vagas, respectivamente.

Geograficamente, o serviço de neurologia encontra-se distribuído em 3 pisos. No piso 0 situa-se o hospital dia, que conta com os serviços administrativos, o gabinete do coordenador clínico do serviço, e um gabinete médico, onde decorre semanalmente a reunião multidisciplinar; no piso 1, situam-se os exames complementares de neurologia (electroencefalografia, electromiografia e ecodoppler carotídeo) e finalmente no piso 3, situa-se o serviço de internamento de neurologia e a UAVC.

Na enfermaria de neurologia são admitidas pessoas em processo transicional de saúde /doença do foro neurológico. No que concerne à pessoa com AVC e que está internada na enfermaria, pode ser proveniente do Serviço de Urgência, UAVC ou de outros serviços de internamento do hospital. Relativamente à UAVC, foram estabelecidos critérios de admissão. Assim, são aceites pessoas de ambos os sexos nas seguintes condições: diagnóstico clínico de AVC, com exame imagiológico concordante com a clínica, confirmado

---

<sup>92</sup> Segundo informação verbal, disponibilizada pela Enfermeira Coordenadora da UAVC.

pelo Neurologista. São considerados prioritários os casos de pessoas com AVC hemorrágico com idade inferior a 45 anos e AVC isquémico com idade inferior a 65 anos.



Apêndice X - Guião de entrevista aos familiares cuidadores  
das pessoas com AVC em contexto domiciliário

## **GUIÃO DE ENTREVISTA AOS FAMILIARES CUIDADORES DAS PESSOAS COM AVC, EM PROCESSO TRANSICIONAL SAÚDE / DOENÇA BENEFICIÁRIOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ECCI DO ACES DE [REDACTED]**

**Objectivo da entrevista:** Perceber como foi efectuada a preparação da alta hospitalar a cada família, por parte do EEER no que concerne á promoção da mobilidade da pessoa com AVC.

**Destinatários da entrevista:** Os familiares cuidadores da pessoa com AVC.

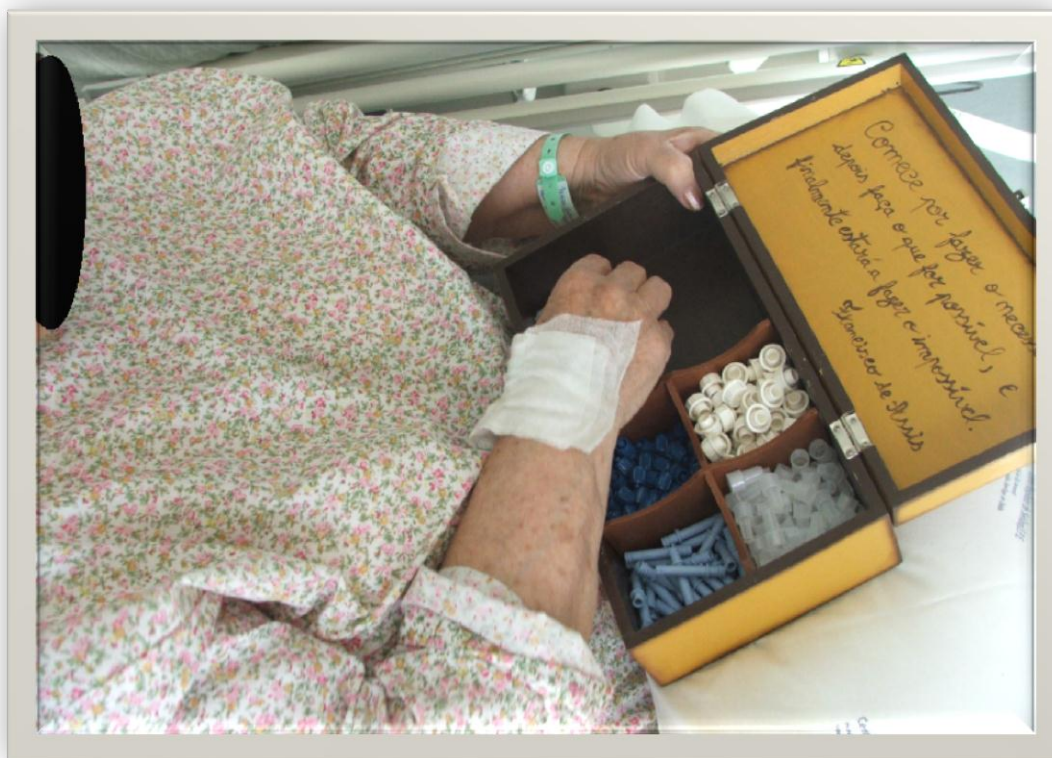
### **Questões:**

- Foi informado(a) da situação de saúde do seu familiar? Se sim, quem o(a) informou?
- Quando soube que o seu familiar ia ter alta do hospital?
- Durante o internamento foram realizadas acções programadas de ensino, informação, demonstração e treino sobre as necessidades reais e / potenciais do seu (sua) familiar, resultantes do AVC? Se sim, em que aspectos?
- Quais foram as suas maiores preocupações na transição do seu familiar do hospital para o domicílio? Que estratégias utilizou para ultrapassar as dificuldades com que se deparou no regresso a casa?



Apêndice XI - Exercício no âmbito da reeducação da  
motricidade fina

**Figura nº. 2** – Exercício no âmbito da reeducação da motricidade fina



Apêndice XII - Busto de treino de AVD - vestir/despir

**Figura nº. 3 – Busto de treino de AVD - vestir/despir**



Apêndice XIII - Treino de AVD - alimentação, com talher de  
cabo grosso improvisado



**Figura nº. 4** – Treino de AVD - alimentação, com talher de cabo grosso improvisado



Apêndice XIV - Actividades realizadas no âmbito da  
aquisição de competências pedagógicas

## **ACTIVIDADES REALIZADAS NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS EM ÁREAS DE RELEVÂNCIA PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Na ECCI realizou uma acção de formação junto da equipa de enfermagem que integra a mesma, intitulada Posicionamento da pessoa com AVC, e que decorreu na sala de sessões do ACES, no dia 13 de Dezembro de 2012 (Apêndice I). Procurou através da mesma rever procedimentos de actuação, sensibilizar os enfermeiros para a prevenção do padrão espástico e promover a reflexão crítica acerca da problemática em questão, pois tal como refere Nunes (2003, p. 347) a formação é um “instrumento de reflexão e mudança, um terreno propício à crítica e à renovação”. Elaborou um programa da sessão (Apêndice II), o qual foi afixado na sala de Enfermagem uma semana antes da ocorrência da formação. Utilizou como estratégia a realização de uma sessão teórico-prática, recorrendo à técnica de demonstração, uma vez que a utilização de métodos activos gera maior interesse e motivação por parte dos formandos e, para além disso, a formação dos enfermeiros de acordo com Nunes “não deve ser apenas teórica, mas deve ser teórica prática tentando colocar os profissionais em contexto de formação na situação mais próximo do real” (2007, p. 10). Durante a sessão os presentes<sup>93</sup> partilharam experiências e treinaram as técnicas demonstradas, revelando-se participativos e interessados durante a situação simulada. No final da formação foi felicitada pelo recurso às estratégias abordadas tanto pela Enfermeira Coordenadora, como pela Enfermeira supervisora. Foi também considerada pertinente pelos destinatários da formação, na medida em que os enfermeiros reconheceram a temática como completamente adequada e aplicável à prática profissional daquele contexto específico.

Em contexto hospitalar, deu continuidade ao projecto do enfermeiro supervisor, no âmbito da formação em serviço - “Reabilita Mais” com um tema que até então ainda não tinha sido abordado, A paralisia facial e o doente com AVC, e que decorreu nos dias 11, 13 e 15 de Fevereiro do corrente ano (Apêndice III) A acção de formação foi fundamentada na observação da prática de cuidados dos enfermeiros naquele contexto. Teve em consideração a prévia comunicação á equipa da sua intenção, tendo afixado na sala de

<sup>93</sup> Verificou-se a presença de 7 enfermeiros, correspondente a 64% (18% da amostra total dos enfermeiros encontrava-se ausente do serviço por tempo indeterminado) do total da amostra de enfermeiros da ECCI. Esteve também presente um estudante de enfermagem do 4º ano que se encontrava igualmente em contexto de EC, conseguindo assim promover o desenvolvimento pessoal e profissional de alunos em estágio.

enfermagem, o plano de sessão sobre a formação, uma semana antes da mesma ocorrer (Apêndice IV). Deste modo, identificou as necessidades formativas na área de especialização.

Na sequência da temática supra referida, elaborou um Poster em formato A3, que foi afixado no serviço de Neurologia, com o tema "Paralisia facial" e um folheto informativo dirigido ao familiar cuidador, como informação complementar escrita a anexar ao "Manual do cuidador do doente com AVC"<sup>94</sup>. A divulgação dos mesmos foi realizada durante as passagens de turno, após o término da formação em serviço (Apêndice V). Pretendeu que esses documentos constituíssem respectivamente por um lado, um suporte teórico quer para os enfermeiros do serviço de Neurologia / UAVC, bem como para a uniformização de procedimentos com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com AVC e sua família. A metodologia escolhida para a realização desses documentos prendeu-se com o facto de facilitar posteriormente a sua consulta.

Ainda no âmbito da aquisição de competências pedagógicas, o EEER supervisor do serviço de Neurologia propôs-lhe a apresentação de uma conferência na instituição hospitalar sobre a intervenção educacional do enfermeiro especialista em reabilitação ao familiar cuidador da pessoa com AVC, em contexto hospitalar (fase aguda) e em contexto domiciliário, numa perspectiva de continuidade de cuidados, tendo em conta os seus dois contextos clínicos de aprendizagem durante o EC, ao qual anuiu. Consideraram pertinente convidar a EEER, supervisora no EC do contexto domiciliário, no sentido dar visibilidade ao excelente trabalho que desempenha no âmbito da continuidade de cuidados à pessoa com AVC e mostrar a sua realidade<sup>95</sup>. Alguns dos objectivos da conferência consistiam, na partilha de experiências interinstitucionais entre os EEER (Hospital-ACES) sobre o tema desenvolvido, bem como na criação de uma sólida e eficaz comunicação para a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Desta feita, a conferência foi previamente divulgada pelo serviço de formação do hospital (Anexo I), tendo-se realizado no dia 18 de Fevereiro do corrente ano das 14h30 às 16h30 (Anexo II). Tem plena consciência que o conteúdo da conferência (Apêndice VI) era do conhecimento geral dos EEER, contudo, a sua realização pretendia não só acrescentar informações sobre a continuidade dos cuidados, mas também promover um espírito mais reflexivo e crítico da prática do Cuidar, ferramenta fulcral na construção de uma identidade profissional.

<sup>94</sup> Documento informativo entregue a cada familiar cuidador durante o período de internamento naquele serviço, como actividade integrante do papel educativo do EEER ao familiar cuidador da pessoa com AVC.

<sup>95</sup> Dado o ACES encontrar-se situado no mesmo distrito do Hospital onde decorreu a Conferência.

Tendo em conta a avaliação da formação (Anexo III) feita pelos enfermeiros que assistiram à apresentação<sup>96</sup>, considera que a conferência constituiu, então, uma ferramenta<sup>97</sup> útil para os enfermeiros da instituição hospitalar, uma vez que perante a questão “Considera que a acção de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? Se sim, de que forma?”, as razões mais evidentemente apontadas pela amostra foram: saber abordar a família e o doente em situações semelhantes (43% da amostra), e aumentou os conhecimentos sobre os recursos existentes na comunidade ao doente com AVC, nomeadamente na sistematização da RNCCI (o que corresponde a 32% da amostra), sendo que 25% da amostra não respondeu. Outro aspecto importante a referir foi o convite feito à EEER do ACES, para fazer parte integrante das reuniões mensais do GIRO<sup>98</sup> (Grupo de Intervenção de Reabilitação Operacional) de modo a promover a comunicação entre as duas instituições, sendo dado seguimento a um dos objectivos iniciais daquela apresentação. Como nos diz Almeida, et al, “a transição para o domicílio fica muito facilitada quando existe informação precisa e adequada disponível”, pois desta forma o enfermeiro em contexto comunitário poderá garantir assim “uma continuidade de cuidados de melhor qualidade ao doente e família” (2005, p.28). Para Jesus, Silva e Andrade a continuidade de cuidados consiste na “transição real e eficaz do utente, da instituição de saúde onde está internado para casa” (2005, p.27) e é fundamental para o êxito dos cuidados em contexto domiciliário. Considera, perante o exposto, ter conseguido demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais, relacionados com a pessoa com AVC e família, especialmente na área de especialização em enfermagem de reabilitação.

Ao longo do EC procurou contribuir para a coesão dos seus pares e estimular o empenho dos mesmos na aquisição de competências com enfoque na reabilitação da pessoa com AVC. Para tal recorreu, em contexto hospitalar à formação “*on the job*” informal, não programada, elencada na prática do cuidar, e que consistia em corrigir individualmente algumas atitudes dos enfermeiros que apresentavam desvantagens para as pessoas receptoras de cuidados, no que concerne ao seu processo reabilitação. Exemplo disso são

---

<sup>96</sup> Os resultados obtidos evidenciaram uma adesão de 28 enfermeiros (100% da amostra), que correspondeu aos objectivos iniciais, em que os intervenientes colocaram questões da prática dando lugar a momentos de discussão, reflexão e partilha de experiências.

<sup>97</sup> Neste contexto, entenda-se como ferramenta, os conhecimentos adquiridos que acrescentam valor à prática de cuidados de cada profissional, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com AVC e família em contexto hospitalar.

<sup>98</sup> Grupo fundado a 05/12/2011, com vista à aproximação dos EEER dos diferentes serviços da instituição hospitalar e à partilha de experiências entre si, dando visibilidade ao trabalho que executam no âmbito da enfermagem de reabilitação.

os posicionamentos terapêuticos, em padrão terapêutico anti-espástico ao invés dos posicionamentos de conforto, as diversas transferências, da cama para a cadeira de rodas/ cadeirão e vice-versa, entre outros. Outra das actividades desenvolvidas consistiu na realização de um portfólio, onde colocou todos os artigos científicos pertinentes relacionados com a “Terapia do Espelho”, o qual intitulou de “*Espelho meu, espelho meu...*”. Este portfólio surgiu como complemento à técnica por si implementada no serviço de neurologia/UAVC, documentada na Figura n.º 1.

Foi sua pretensão que a terapia do espelho<sup>99</sup> contribuísse significativamente, em associação com as demais técnicas existentes, na reabilitação de pessoas com alterações motoras, cognitivas e emocionais após um AVC. Desta forma, revelou competência para incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; mostrar capacidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e colaborar na integração de outros enfermeiros.

A terapia do espelho baseia-se, sumariamente, no efeito causado pelo feedback visual em áreas corticais sensório motoras do córtex pré-frontal, devido ao sistema de neurónios espelho, activados quer quando um individuo executa uma acção motora, quer quando apenas observa alguém a executá-la. (Buccino, et al, 2004; Rizzolatti & Craighero, 2004).

**Figura n.º 1** - Implementação da terapia do espelho na UAVC



<sup>99</sup> A terapia do espelho consiste num dispositivo de forma triangular, revestido por uma calha externa em alumínio, onde de um dos lados encaixa uma superfície opaca e na outra, uma superfície revestida a espelho, com as seguintes dimensões; 60 cm de comprimento, 50 cm de altura. Pretende-se que o membro superior plégico ou parético da pessoa com AVC se posicione dentro do triângulo (não tocando na área circundada por este) por trás do espelho, e o membro menos lesado, em frente ao espelho, reflectindo assim a imagem do membro. É solicitado à pessoa que realize vários movimentos (por exemplo, movimentos de extensão/ flexão do segmento distal da mão, de preensão, tarefas de alcance, entre outros) visualizando-os através da imagem reflectida. São solicitadas um número de repetições para cada movimento com períodos de descanso, tendo em conta a tolerância da pessoa doente, com uma duração de 20 a 30 minutos.

Outro dos mecanismos subjacentes à eficácia desta técnica será provavelmente consequência da neuroplasticidade. A evidência científica revela que a técnica apresenta eficácia na recuperação da função motora, mas nem sempre traduzida em ganhos na realização das AVD's.

Assistiu também a uma Conferência intitulada, "Intervenções dos enfermeiros a pessoas portadoras de doença pulmonar obstrutiva crónica no âmbito da reabilitação: Uma revisão sistemática da literatura", (ANEXO IV), prelectada pela Docente T.S. A apresentação revelou-se importante na consolidação de conhecimentos no âmbito da RFR, na medida em que constatou que a evidência revela que a intervenção do EEER àquele grupo de pessoas específico, recai sobre a melhoria no desempenho das AVD'S, na diminuição da intensidade da dispneia, na diminuição da percentagem de consultas, na diminuição da desvantagem sentida pelo doente, bem como na melhoria da sua qualidade de vida e no aumento do grau de conhecimento da doença. Esta actividade assumiu-se como um importante contributo para o desenvolvimento da formação em serviço pelos conhecimentos adquiridos na mesma, mantendo de forma contínua e autónoma, o processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.



Apêndice XIV - Anexo I - Divulgação prévia da Conferência

Serviço de Gestão da Formação

# Conferência

"A intervenção educacional do enfermeiro de  
reabilitação ao familiar cuidador da pessoa vítima  
de AVC - Suporte para a alta"

Por: Cármen Borralho (Estudante do 3.º CME/EER - ESEL)  
(Orientador de estágio - Esp. Médicas)  
(Enfermeira no ACES Arrábida)

18 de fevereiro de 2013

14h30 - 16h

Sala de Sessões do HSB

Destinatários: **Enfermeiros**

Informações & Inscrições:

Serviço de Gestão da Formação

Enfermagem

Promovido por:

Serviço de Especialidades Médicas  
Serviço de Gestão da Formação



Apêndice XIV - Anexo II - Certificado de Conferência  
prelectada




**Serviço de Gestão da Formação**

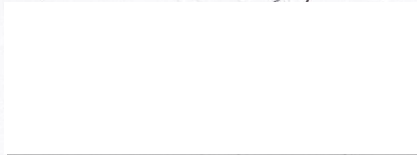
Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do  
Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

**Declaração**

Para os devidos efeitos declara-se que *CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO*,  
prelectou a Acção de Formação Contínua subordinada ao tema: *"Conferência: "A  
intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação ao familiar cuidador da pessoa  
vítima de AVC – Suporte para a alta"*, promovida pelo *Serviço de Especialidades  
Médicas e Serviço Gestão da Formação*, que decorreu no   
 no dia *18-02-2013*, num total de *45 minutos*.

 *25-02-2013*

A Responsável do Serviço de Gestão da Formação



Comprovativo n.º 002/ 2013- Formador  
Formação Contínua  
Declaração

Apêndice XIV - Anexo III - Modelo de avaliação da  
Conferência

SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

### FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO</b>			
Designação Curso Ação: Conferência: "A intervenção educacional do enfermeiro de reabilitação ao familiar cuidador da pessoa vítima de AVC - Suporte para a alta"			
Modalidade de Formação (assinalar com X):	Inicial <input type="checkbox"/>	Contínua <input checked="" type="checkbox"/>	Em Serviço <input type="checkbox"/> Outra _____
POPH Candidatura n.º:	Tipologia n.º	Curso n.º:	/Ação n.º 1
Data: 18/02/2013			

<b>ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO</b>			
1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom

Considerando a escala de classificação indicada, efetue a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha.

<b>2. PROGRAMA DA AÇÃO</b>					
Parâmetros	1	2	3	4	(assinalar com X)
Objetivos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conteúdos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilidade do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cumprimento do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO</b>					
Parâmetros	1	2	3	4	(assinalar com X)
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>4. APRECIACÃO GLOBAL DA AÇÃO</b>				
- Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho ? (assinalar com X)				
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Se sim, de que forma ? _____				
- Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada? (assinalar com X)				
1 2 3 4				
<input type="checkbox"/>				
<b>Pontos Fortes</b>		<b>Oportunidades de Melhoria</b>		
1. _____		1. _____		
2. _____		2. _____		
3. _____		3. _____		
4. _____		4. _____		
- Sugestões/Observações				
_____				
_____				
_____				
_____				

MPR/IM/CE/MCA/SGF-201.2

Pág. 1 de 2  
v.s.f.f.

Carmen Borralho

5. INTERVENÇÃO DO(S) FORMADOR(ES)		(assinalar com X)			
<b>1. Domínio dos temas e conteúdos abordados</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Nomes	1 CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>2. Clareza da linguagem utilizada</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Nomes	1 CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Nomes	1 CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Nomes	1 CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>5. Utilização de meios didáticos ( Powerpoint, vídeos, filmes ...)</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Nomes	1 CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>6. Cumprimento de Horários</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Nomes	1 CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>Observações:</b>					

NOME (facultativo): \_\_\_\_\_

Muito Obrigada pela Sua Colaboração!

Pág. 2 de 2

Carmen Borralho



Apêndice XIV - Anexo IV - Certificado de presença na  
Conferência no âmbito da RFR

## **Serviço de Gestão da Formação**

Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do

Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

## **Declaração**

Para os devidos efeitos declara-se que, **CARMEN SUSANA ALVES BORRALHO**, frequentou a acção de Formação **Contínua**, subordinada ao tema: "**Conferência: "Intervenções dos enfermeiros a pessoas portadoras de doença pulmonar obstrutiva crónica no âmbito da reabilitação: Uma revis.**\_\_\_\_\_ constante do Plano de Formação Anual, que decorreu no Centro Hospitalar de Setúbal, no dia **30-01-2013**, num total de **1 hora e 30 minutos**.

Setúbal, **30-01-2013**

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação

\_\_\_\_\_  
Mariana Paula Rodrigues

---

*Carmen Borralho*

Comprovativo n.º 5 /2013

*Formação Contínua*

*Declaração*

Apêndice XIV - Apêndice I - Apresentação em Power Point  
da acção de formação - Posicionamento da pessoa com  
AVC

---

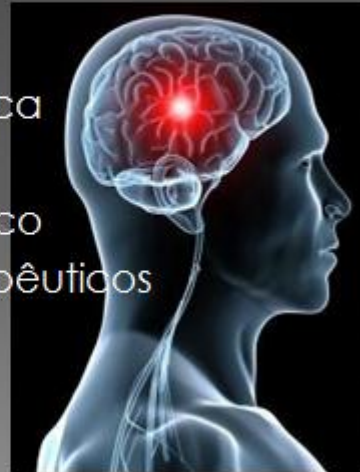
*Carmen Borralho*





## Plano de Sessão

- Pertinência da temática
- O padrão espástico
- O padrão anti-espástico
- Posicionamentos terapêuticos
- Conclusão
- Bibliografia



## Pertinência da temática



- **Definição de AVC:**
- o AVC é definido como um déficit neurológico súbito, devido a um processo isquémico ou hemorrágico no sistema nervoso central, podendo originar sequelas aos níveis intelectual, motor e sensitivo (EUROPEAN STROKE INITIATIVE, 2003)

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



## Pertinência da temática

- É atribuído ao AVC especial relevância no nosso país, uma vez que é uma doença que assume inúmeras formas e graus de morbilidade e que constitui um verdadeiro flagelo, sendo uma das primeiras causas de morte em Portugal.
- É portanto, considerado um problema grave de saúde pública.
- "os doentes que sobrevivem ao episódio agudo (de AVC), apresentam algum grau de incapacidade, com sobrecarga dos cuidadores..."

DGS, 2010

FERRO, 2006

NOGUEIRA et al, 2007, p.12

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



## Pertinência da temática



Zona Penumbra

Higiene

Alimentação

Mobilidade

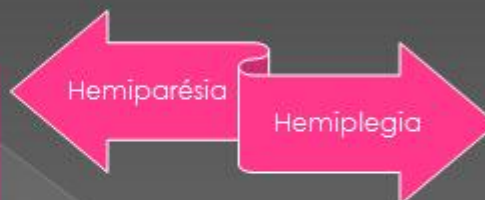
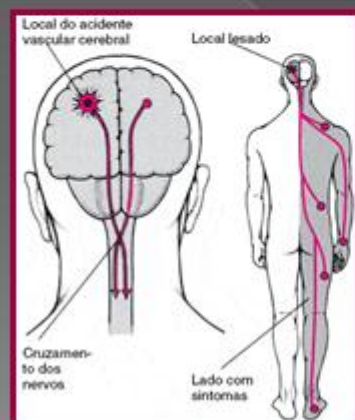
Eliminação

Vestir/Despir

(AZEVEDO, MATOS, 2003; ARAÚJO, PAUL, MARTINS, 2007; CARVALHIDO, PONTES, 2009)



## Alteração da força muscular



## Alteração da sensibilidade







## Alteração do tônus muscular

Proximal



Distal



**Padrão espástico = Atitude de Wernicke-Mann**

- Hipotonicidade, sem movimentos voluntários durante as 1<sup>as</sup> semanas
- Quadro de hipertonía, com aumento do tônus muscular (resistência ao movimento passivo) "movimento de canivete suíço"
- Espasticidade surge nos músculos antigravíticos: flexores dos MS's e extensores dos MI's.



## Padrão espático



Cabeça

- Rotação para o lado são
- Inclinação para o lado lesado

Ombro

- Depressão
- Rotação interna





## Padrão anti espástico



"A reabilitação do doente com A.V.C. inicia-se a partir da instalação da doença através de posicionamentos, mobilizações e massagens." (Jonhstone, 1979, p.135)

**Objectivo** de inibir a instalação do padrão espástico

Martins (2002,p.88) acrescenta que o processo de reabilitação, " não pode terminar no hospital nem no momento da alta (...) " pois o seu sucesso depende da "continuidade, da coordenação e da interrelação do trabalho desenvolvido por toda uma equipa." (p.89)



## Padrão anti espástico



Objectivos dos posicionamentos terapêuticos:

- Inibe a espasticidade
- Restabelece o mecanismo do reflexo postural
- Integra o reflexo do movimento contínuo
- Estimula a sensibilidade postural ao fazer carga no hemicorpo lesado
- Prepara para a marcha
- Impede o neglect
- Previne alterações musculo esqueléticas (SOD)
- Integra o esquema corporal
- Proporciona sensação de bem estar
- Mantém a integridade cutânea
- Promove o sentido de lateralidade



**Abordar o doente pelo lado lesado:**  
A disposição do quarto deve estar de modo a proporcionar o máximo de estímulos do lado afectado.



## Posicionamentos terapêuticos

### Decúbito Dorsal



É o posicionamento que mais favorece reflexos espásticos e o que menos promove a reintegração do esquema corporal

#### Particularidades do decúbito:

##### -Cabeça e pescoço

Almofada acompanha as omoplatas, evita a depressão do ombro

Colocar uma altura na almofada do lado são para evitar a rotação e promover a reintegração do esquema corporal

##### - MS lesado

Nívelar bem os ombros

Almofada a apoiar todo o membro

Ligeira abdução do ombro com rotação externa

Cotovelo e punho em extensão

Supinação do antebraço

Dedos em extensão e abdução

##### -MI lesado

Almofada desde a bacia até à região poplíteia permite a bascula posterior

Ligeira flexão da coxa femural e do joelho

Pé em dorsiflexão



## Posicionamentos terapêuticos

### Decúbito Lateral para o lado são



#### Particularidades do decúbito:

##### -Cabeça e pescoço

Sem almofada ou a mais baixa possível pois promove a inclinação para o lado são

##### - MS lesado

Ombro com flexão de 90°

Almofada a apoiar todo o membro, com altura regulada pelo ombro

Cotovelo, punho em extensão

Pronação do antebraço

Dedos em extensão e abdução

##### -MI lesado

Almofada a apoiar todo o membro de forma a favorecer a rotação interna da coxa femural

Ligeira flexão da coxa femural e do joelho

Bascula posterior da bacia

Pé em posição neutra

Projecla uma visão para a marcha





## Posicionamentos terapêuticos

### Decúbito Lateral para o lado afectado



#### Particularidades do decúbito:

##### -Cabeça e pescoço

Almofada mais alta (permite o alinhamento corporal, e evita a retração muscular)

##### - MS lesado

Rotação externa do ombro

Membro em abdução, apoiado no plano da cama

Cotovelo, punho e dedos em extensão

Supinação do antebraço

Dedos em abdução

##### -MI lesado

Membro apoiado no plano da cama

Ligeira flexão da coxa femural e do joelho

Báscula posterior da bacia (retroversão)

Pé em posição neutra.

O doente permanece activo: pois pode mobilizar o hemicorpo não lesado  
Posicionamento mais adequado  
Integra o esquema corporal



## Posicionamentos terapêuticos

### Estar sentado à mesa em cadeira ou cadeira de rodas



Fonte: PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. (2010). - Acidente Vascular Cerebral - Itinerário clínico de Lisboa: Lda. (2010). 978-972-757-691-6

##### - Membro Superior

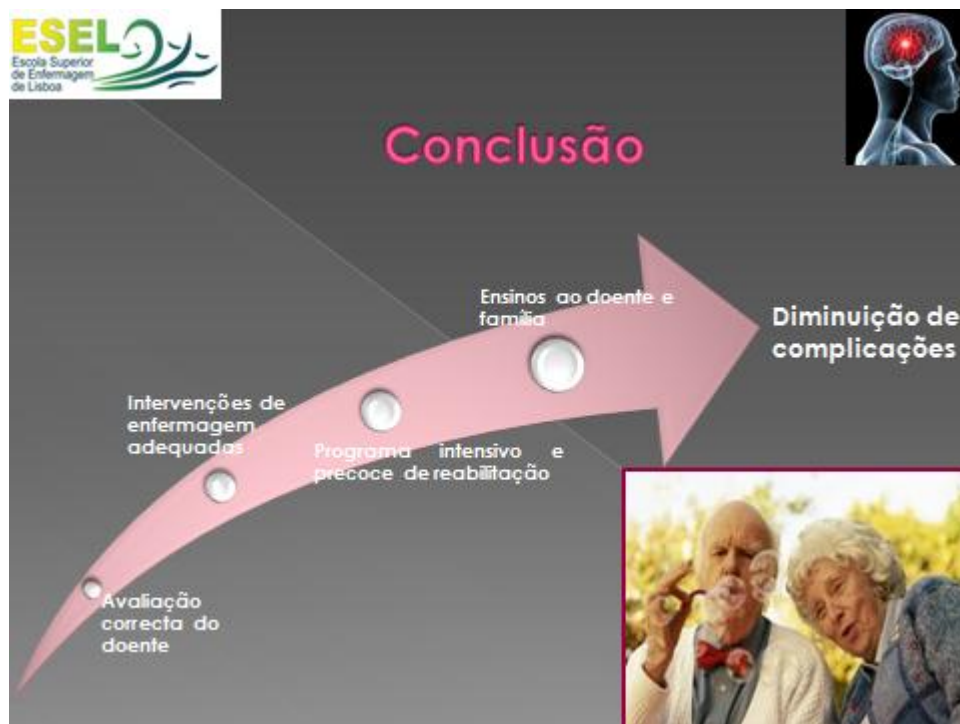
em padrão anti espástico, em cima da mesa ou almofada

##### - Membro inferior

pés apoiados no chão

cruzar o membro sã sobre o lesado, promove a estimulação por carga e corrige a rotação externa da coxa femural

+transmite sensação de normalidade  
+forma mais eficaz de profilaxia de pé equino



O diagrama apresenta uma lista de referências bibliográficas sob o título "Bibliografia". No canto superior esquerdo, encontra-se o logótipo da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). No canto superior direito, há uma ilustração de um cérebro humano com uma área vermelha destacada.

- ① ARAÚJO, I. M., PAÚL, C., & MARTINS, M. M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desafios de quem cuida. *Cienc Cuid Saúde*. (Abril/Junho 2009).p.191-197.
- ② PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. (2010) - **Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos**. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-661-6.
- ③ AZEREDO, Z., & MATOS, E. (2003) - Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Lisboa, Julho/Agosto de 2003. p. 199-204.
- ④ EUSI - EUROPEAN STROKE INITIATIVE (2003) - European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*, 16. (2003).p.311-337.
- ⑤ FERRO, José (2006) – Acidentes vasculares cerebrais. In: FERRO, José; PIMENTEL, José– **Neurologia: Princípios, diagnósticos e tratamento**. Lisboa Lidel: Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-368-4.p.77-87.
- ⑥ JOHNSTONE, Margaret (1979)– Restauração da função motora no paciente hemiplégico. São Paulo, Brasil: Editora Manole Ltda.
- ⑦ NOGUEIRA, J. D., HENRIQUES, I. L., GOMES, A. F., & LEITÃO, A. L. (2007) - **Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais**. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.





Apêndice XIV - Apêndice II - Programa da acção de  
formação - Posicionamento da pessoa com AVC

## ECCI – ACES

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO

#### Posicionamento da pessoa com AVC

- Rever procedimentos de actuação,
- Sensibilizar os enfermeiros para a prevenção do padrão espástico;
- Promover a reflexão crítica acerca da problemática em questão.



T  
E  
M  
A

**DESTINATÁRIOS:**

Equipa de Enfermagem da ECCI

**LOCAL:**

Sala de Sessões

**DIAS:**

13 de Dezembro de 2012

**HORÁRIO:**

15h00 às 16h30m

**PRELECTOR (ES):**

- Enf.<sup>a</sup> Carmen Borralho/Aluna do 3º Mestrado de Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, ESEL

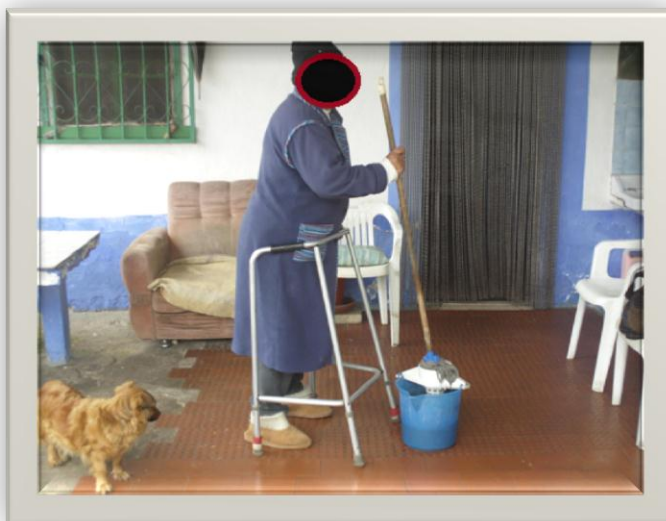


Enf.<sup>a</sup> Supervisora: Enf.<sup>a</sup> Esp. Reabilitação

Enf.<sup>a</sup> Coordenadora:

Apêndice XV - Actividades domésticas do contexto de vida  
das pessoas com AVC, passíveis de funcionarem como  
processo de reabilitação

**Figura nº. 5** – Participação da pessoa dependente na vida doméstica: lavar o chão



**Figura nº. 6** – Participação da pessoa dependente na vida doméstica: mudar atacadores

